

L'ODONTOLOGIE

28e année. Vol. XXXIX

N° 1. 15 JANVIER 1908.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
A. BLATTER,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Comité de Rédaction et d'Administration :

CHOQUET, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
J. D'ARGENT, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
FREY, prof. à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
FRANCIS JEAN, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
L. LEMERLE, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. LEMERLE, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.
TOUCHARD, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. VIAU, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Principaux Collaborateurs :

Paris :

J.-A. Barrié, I.-D. Davenport, Delair, Heïdé, Loup, H. Masson, Mendel-Joseph, Michaëls, Ronnet, Sauvez, Touvet-Fanton, G. Villain, Worms.
Bordeaux : M. Cavalié. *Lyon :* Cl. Martin, Pont, J. Tellier, Vichot. *Nîmes :* Schwartz.
Allemagne : Walkhoff (Munich). — *Angleterre :* Cunningham (Cambridge), Paterson (Londres).
Autriche : Weiser. — *Belgique :* Messian (Anvers). — *Brésil :* Chapot-Prévost.
Canada : Eudore Dubeau (Montréal). — *Espagne :* F. Aguilar (Madrid), Damians (Barcelone), Losada (Madrid). — *Etats-Unis d'Amérique :* Brophy (Chicago), Kirk (Philadelphie), Ottofy (Manille), Harlan, Wallace-Walker (New-York). — *Hollande :* Grevers (Amsterdam).
Norvège : Smith-Housken. — *République-Argentine :* Etchepareborda (Buenos-Ayres).
Russie : Limberg (Saint-Pétersbourg). — *Suède :* E. Förberg (Stockholm).
Suisse : P. Guye, Thioly-Regard (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :

FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Le Numéro : 1 franc.

28e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PRISE DES EMPREINTES

Par M. MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Dans la prise des empreintes, il est une complication qui se produit assez fréquemment, quelle que soit la matière employée, ce sont les nausées.

Cette complication est due à un réflexe normal mais qui, chez certains patients, se produit avec une facilité extrême au point que l'introduction du moindre corps étranger dans la partie postérieure de la bouche le provoque avec une grande intensité.

Les prothésistes considèrent généralement que ce réflexe, si gênant dans la prise des empreintes, a son point de départ dans la muqueuse palatine ; aussi, est-ce la sensibilité de cette muqueuse que l'on conseille de combattre dans les traités classiques et est-ce sur elle que se proposent d'agir les nombreuses formules que l'on rencontre dans les périodiques. Or, tous ces moyens sont plus ou moins inefficaces car ils ne s'attaquent pas à la cause réelle.

En effet, il résulte de mon observation que la muqueuse palatine et vélo-palatine ne participent en rien à ce réflexe dont le point de départ se trouve à la base de la langue et sur les piliers du voile du palais.

La démonstration de ce fait est facile à faire : si, chez une personne, même pourvue d'un réflexe très accentué, on touche la muqueuse palatine et vélo-palatine, *à l'exclusion de toute autre région,* on ne produira aucun réflexe nauséeux ; si, au contraire, chez la même personne, on effleure la base de la langue, aussitôt le réflexe se produira. Cela est si vrai que, chez les malades ayant ce réflexe exagéré, on le voit se produire lors des interventions opératoires que l'on pratique au niveau des dents de sagesse inférieures sans que la muqueuse palatine soit en rien intéressée.

Ces données fournies par mes expériences sont confirmées par la physiologie. En effet, les nausées sont dues à un réflexe ayant son point de départ dans les filets sensitifs du nerf glosso-pharyngien, or celui-ci « fournit la sensibilité : 1° à la muqueuse de la partie postérieure de la langue, du V lingual et des piliers, à la face antérieure de l'épiglotte, à l'amygdale ; 2° à la muqueuse de la caisse du tympan, des fenêtres rondes et ovales, des cellules mastoïdiennes et de la trompe jusqu'à son orifice pharyngien » (H. Beaunis[1]).

Comme on le voit, la muqueuse palatine et vélo-palatine ne reçoit aucun filet sensitif du glosso-pharyngien, et ce nerf étant le point de départ des réflexes de la nausée et du vomissement (Volkmann, Beaunis) il est absolument inutile de chercher à combattre ce réflexe dans un point où il ne se produit pas.

Si on étudie attentivement les conditions dans lesquelles se produisent les nausées au cours de la prise des empreintes on remarquera que, comme dans les expériences précédentes, tant que le porte-empreinte ou la substance d'empreinte reste en contact avec le palais ou le voile du palais *seuls,* il n'y a pas de réflexe nauséeux ; mais si, par des mouvements de déglutition par exemple, la base de la langue arrive en contact avec le porte-empreinte ou la matière d'empreinte, le réflexe nauséeux se produit.

Il faut donc, pour combattre ce réflexe, éviter tout ce

---

1. *H. Beaunis,* Nouveaux éléments de physiologie humaine, 1888, V. II, p. 626.

qui pourra amener la base de la langue en contact avec le porte-empreinte ou son contenu.

En première ligne, bien entendu, se place l'indication de ne pas mettre de matière à empreinte en quantité surabondante à la partie postérieure du porte-empreinte pour ne pas faire retomber cet excès de substance sur la langue.

Mais, outre cela, il faudra empêcher ou restreindre le plus possible les mouvements de déglutition du patient puisque ceux-ci ont pour effet d'élever la base de la langue et de l'amener en contact avec le porte-empreinte ce qui produit le réflexe nauséeux. La respiration buccale force la langue à rester abaissée et c'est pour cette raison que l'on obtient des résultats appréciables par le procédé employé par nombre de praticiens qui conseillent à leurs patients au cours de la prise de l'empreinte de respirer par la bouche ; ce procédé répond bien aux indications physiologiques.

Pour ma part, j'employais empiriquement ce moyen depuis fort longtemps quand, ayant étudié la physiologie de ce réflexe et étant arrivé aux conclusions que j'indique plus haut, j'ai cherché à systématiser davantage ce procédé en forçant mes patients à respirer uniquement par la bouche en leur supprimant la respiration nasale durant la prise de l'empreinte, ce qui les met ainsi dans l'impossibilité de faire des mouvements de déglutition étendus.

J'obtiens ce résultat par une petite manœuvre très simple que voici : on remarquera que, au cours de la prise des empreintes supérieures, le porte-empreinte, étant soutenu par un ou deux doigts de chaque main durant le durcissement de l'empreinte, les deux pouces se trouvent libres au-devant de la bouche ; le porte-empreinte étant donc en place, j'engage à ce moment mon malade à respirer largement par la bouche et je lui comprime légèrement le nez entre mes deux pouces (fig. 1) et *l'oblige* ainsi à faire, aussi longtemps qu'il est nécessaire, de grands mouvements d'inspiration buccale qui maintiendront la base de la langue hors de portée du porte-empreinte. Cette petite manœuvre, très anodine et très bien tolérée par le malade, me permet, sans jamais em-

ployer de collutoires, badigeonnages à la cocaïne, etc., de prendre sans ennui toutes mes empreintes au plâtre, même

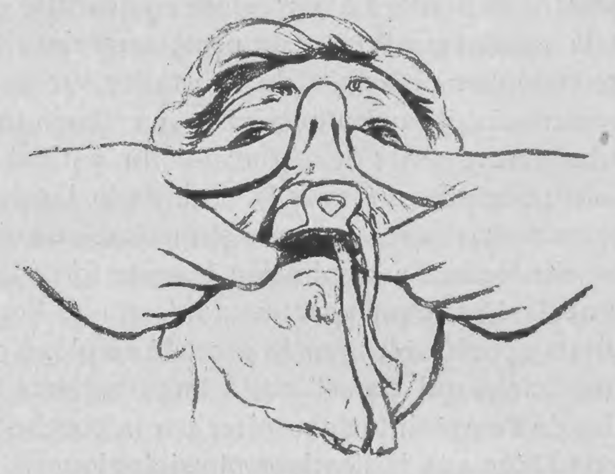


Fig. 1.

chez les patients les plus difficiles alors que certains avaient eu des vomissements très désagréables lors de prises d'empreintes antérieures.

*
* *

Dans la prise des empreintes au plâtre de la mâchoire supérieure, lorsqu'il manque peu de dents et que le palais est creux, on se trouve parfois aux prises avec une difficulté particulière lors du détachement de l'empreinte de la bouche.

A ce moment, le porte-empreinte se sépare du plâtre ; on détache alors aisément le plâtre de la face externe de l'arcade dentaire ; mais la partie palatine de l'empreinte forme un bloc compact sur lequel on a très peu de prise et qu'il est très difficile de détacher. On est parfois obligé de morceler cette portion au ciseau pour le plus grand dommage de l'empreinte.

Il y a quelque temps, j'eus l'occasion de rencontrer un cas semblable dans lequel j'avais été amené à morceler

mon empreinte de telle sorte qu'elle avait été hors d'usage et que je me trouvais dans l'obligation de reprendre une nouvelle empreinte. J'essayai le moyen employé par les mouleurs qui consiste à sectionner le plâtre un peu avant son durcissement complet à l'aide d'un fil disposé *ad hoc* sur la partie à mouler, lorsque celle-ci n'est pas de dépouille; mais ce procédé ne me donna pas de résultat satisfaisant, les parties sectionnées adhérant les unes aux autres suffisamment pour empêcher le détachement facile des morceaux. C'est alors que j'eus recours au procédé suivant qui m'a parfaitement réussi et que j'ai eu depuis l'occasion d'employer avec succès à plusieurs reprises.

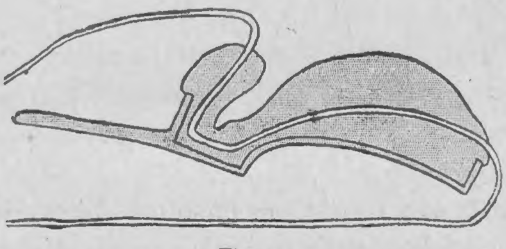


Fig. 2.

Je pris un morceau de ruban de tresse de fil solide d'un centimètre de large et de vingt-cinq centimètres de long environ. Je mis dans mon porte-empreinte une première couche de plâtre sur laquelle je plaçais mon ruban d'avant en arrière en le laissant dépasser en avant et surtout en arrière ; ayant mis immédiatement sur le tout une nouvelle couche de plâtre, je plaçai mon porte-empreinte dans la bouche en repliant, en dessous et en avant, la partie postérieure du ruban pour ne pas la laisser traîner dans la bouche durant le durcissement. Celui-ci obtenu, j'enlevai mon porte-empreinte et le pourtour de l'empreinte, recouvrant la face externe de l'arcade en sorte qu'il ne restait plus que la partie palatine. Saisissant alors les deux chefs du ruban, je tirai verticalement et je détachai très aisément, et sans aucune altération, la portion palatine que je n'avais pu obtenir qu'en un état déplorable quelques jours auparavant, après des

efforts aussi désagréables pour le patient que pour moi-même.

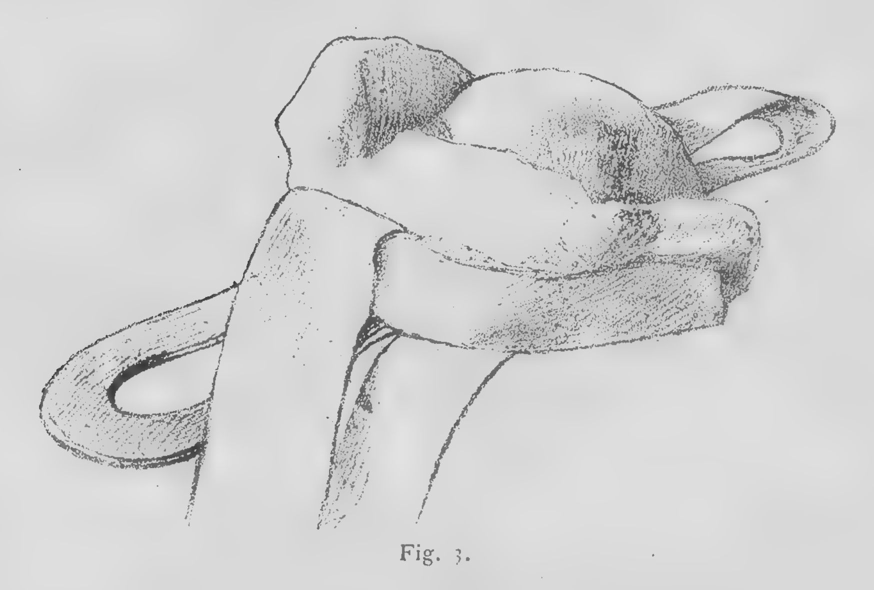


Fig. 3.

Les figures 2 et 3 feront je pense très bien comprendre ce petit dispositif très simple qui m'a permis, à plusieurs reprises, de me tirer de difficultés fort désagréables.

Le ruban peut, suivant les nécessités du cas, être placé d'avant en arrière ou transversalement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INCRUSTATIONS EN OR

Par M. O. Solbrig.

(*Communication faite à la Société d'Odontologie, le* 3 *décembre* 1907).

Il est possible d'établir un parallèle entre l'histoire des incrustations en or et celle des incrustations en porcelaine. La porcelaine est depuis de longues années employée comme matière d'obturation, mais soit faute d'une matière irréprochable et d'appareils perfectionnés, ou encore d'une méthode précise et pratique, cet emploi ne parvient à se généraliser qu'après les travaux de Jenkins. Jenkins, outre son œuvre personnelle, a eu le mérite de stimuler fortement le zèle des chercheurs dont les efforts aboutirent aux résultats que nous sommes tous à même d'apprécier aujourd'hui.

Notre littérature est riche en documents sur cette période que nous appellerons « l'époque de la porcelaine ». La constitution des différents corps de porcelaine, à haute et à basse température, l'invention des fours à gaz, des fours électriques, du pyromètre, les traités relatifs à la préparation des cavités, à la prise des empreintes avec la feuille d'or ou de platine, etc..., sont les traits saillants de cette époque récente.

Depuis nous avons vu s'ouvrir l'époque des incrustations en or. Certes il y a bien longtemps déjà que fut appliqué pour la première fois le procédé consistant à obturer les dents en fixant au ciment un bloc en or dans la cavité. Les premières applications en ont certainement été faites par des opérateurs qui voyaient avec terreur, au moment où ils croyaient l'opération terminée ou presque, l'obturation se détacher de la cavité par suite d'une préparation défectueuse ou de coups de maillet maladroits. Ces praticiens malheureux en étaient alors réduits à un « rafistolage » au ciment, et comme ils se gardaient d'avouer publiquement ces échecs,

le procédé en question était considéré comme un simple expédient auquel on n'avait recours que dans quelques cas isolés.

L'application classique des blocs en or ne commence en réalité qu'avec Aguilhon de Sarran qui, en 1884, posait un bloc selon le procédé suivant : L'empreinte était prise à la cire et mise en revêtement. La cire était lavée à l'eau chaude et l'or fondu au chalumeau dans la cavité ainsi obtenue.

Deux autres procédés donnant de bons résultats sont : Celui de l'inlay creux obtenu en soudant ensemble deux morceaux d'or estampés et celui consistant à fondre au chalumeau des paillettes d'or dont on emplit une matrice en platine. Mais en dépit de modifications et améliorations partielles apportées à la technique de l'inlay en or, le triomphe de celui-ci ne s'est manifesté que cette année même.

Ce retard tient d'ailleurs en partie à ce que certains opérateurs avaient préconisé un système malheureusement confondu avec celui des inlays, avec lequel il n'avait cependant aucun rapport. Ce système consistait à recouvrir d'une feuille d'or estampée une masse de ciment dont on remplissait la cavité. Point n'est besoin d'insister sur la valeur d'un tel travail.

... Un nouveau progrès vient donc de se réaliser et à cette réalisation, les documents que nous avons sous la main nous prouvent que plusieurs pionniers de notre art ont travaillé simultanément dans divers pays. Ceux-là s'efforçaient, chacun dans sa sphère, de trouver le moyen de confectionner les blocs en or rapidement et en remplissant dans la plus large mesure les conditions requises de bon ajustement, d'esthétique dans la forme, de rétention suffisante, de solidité, d'articulation, etc., et il est étrange de constater que tous en étaient arrivés au procédé de coulage par la méthode de la cire perdue.

Nous rappellerons à ce sujet la communication faite par nous en décembre 1906 à l'*American Dental Club of Paris*, devant des confrères dont un certain nombre ici présents, concernant notre méthode originale de la cire perdue

pour la confection des blocs en or coulé. Avec cette méthode, l'emploi de la feuille de platine était encore indispensable, mais néanmoins, nous laissions déjà entrevoir la possibilité de nous en passer. Nous ne doutons cependant pas alors que cette possibilité venait de s'affirmer en Amérique. En effet, au mois de février, un article du *Items of Interest* nous révélait que Taggart, de Chicago, avait inventé un appareil pour couler les blocs avec le concours de l'air comprimé. D'aucuns observent, faisant allusion à la méthode de Carrol, que ce procédé était déjà appliqué pour le coulage des plaques en aluminium. Cela n'enlève pas à Taggart le mérite de son invention pour le coulage des blocs. C'est en effet Taggart qui, le premier, a employé la pression pour le coulage des blocs en or et, selon nous, ce que fut Jenkins pour la porcelaine, Taggart l'est pour les blocs en or. Sa découverte ouvrit encore un champ nouveau aux investigations des chercheurs. Mais l'appareil de Taggart, trop compliqué, appelait de lui-même la simplification. Aussi, d'autres appareils s'inspirant du même principe se signalent bientôt à l'attention de la profession.

Nous avons déjà eu en ce qui nous concerne, l'honneur de vous faire la démonstration d'un appareil très simple[1] qui, d'après le sens flatteur de vos approbations, paraît avoir solutionné le problème. Cet appareil est basé sur la pression obtenue par la vapeur d'eau. Nous reviendrons en quelques mots sur son emploi.

Préparation de la cavité.

Sans méconnaître l'importance capitale de la préparation de la cavité, nous ne nous y arrêterons que très peu, parce que cette préparation ne change pas selon que le bloc doit être coulé sous ou sans pression. De longs articles de divers auteurs nous donnent à ce sujet un précieux enseignement. Il ne nous suffit pas de rendre la cavité de dépouille en fai-

---

1. V. *Odontologie*, 15 novembre 1907, p. 420.

sant disparaître les rebords surplombants ou en comblant soigneusement toutes les parties rentrantes, il faut aussi assurer au bloc une forme rétentive suffisante pour résister à la pression des dents antagonistes. On ne saurait trop recommander l'emploi de petites meules en carborundum qui permettent d'obtenir des rebords très nets avec le minimum de douleur pour le patient.

Prise de l'empreinte.

Ce qui nous intéresse au plus haut point est peut-être la prise de l'empreinte à laquelle est subordonnée pour une très grande partie la réussite du bloc. Trois méthodes peuvent partager nos suffrages :

1° Nous avons d'abord celle dont nous avons fait usage pour les inlays sans pression, exigeant la confection d'une matrice en or ou en platine que l'on remplit de cire pour obtenir le bloc. Nous lui trouvons les inconvénients suivants : difficulté de manipulation ; fragilité de la feuille facilement déchirable et grande perte de temps. Pour ces raisons,

2° La méthode immédiate nous semble indiquée chaque fois qu'il sera possible de façonner le bloc de cire directement dans la bouche, car elle permet, avec le minimum de temps, d'obtenir le maximum de résultats. La disposition de l'inlay, son point de contact avec la dent voisine et l'occlusion avec l'antagoniste seront conformes à la normale. La cire dont on se sert est d'une certaine consistance sans toutefois être collante. Légèrement ramollie à la flamme on la presse dans la cavité lubrifiée ou simplement mouillée au préalable. Une matrice ajustée contre le bord cervical prévient l'échappement de la cire à cet endroit. Après s'être assuré que la cire n'adhère pas aux parois de la cavité, on prend l'articulation et on refroidit immédiatement avec de l'eau fraîche. On sculpte la cire à la forme voulue avec des instruments tranchants, légèrement huilés. Le bloc peut être retiré de la cavité pour que le bord cervical soit fini

hors de la bouche, opération à laquelle on se livrera sans crainte si la cire est maintenue dure par aspersions constantes d'eau froide. On essaie à nouveau dans la cavité et après avoir fini soigneusement à l'aide de brunissoirs huilés on enlève la cire en y piquant avec précaution la pointe d'une tige légèrement chauffée;

3° Méthode médiate. Il est des cas où ni l'une ni l'autre des deux méthodes précédemment décrites n'est applicable. Quand on a à traiter les cavités postérieures des deux dernières grosses molaires où l'on est gêné par la salive et par l'absence de lumière, quand on se trouve en présence d'une bouche étroite ou d'un patient particulièrement nerveux, la méthode immédiate présente de grandes difficultés que l'on surmonte aisément grâce à la méthode médiate. L'empreinte de la cavité et de la dent voisine est prise avec de la laque dentaire ou de la composition de Detroit, puis une fois le modèle obtenu, on peut à son aise façonner sur lui la masselotte en cire. Pour la construction du modèle, on a le choix entre le métal de Spence, l'inlay métal qui lui est préférable, le ciment ou l'amalgame.

Les détails de ces trois procédés sont aussi intéressants que multiples et ils sont mieux mis en relief par une démonstration que par une description aussi longue soit-elle. Je tiens toutefois à dire que ces procédés eux-mêmes méritent l'attention car les résultats qu'ils nous donnent sont absolument parfaits.

. . . .

L'articulation est indiquée par une morsure sur cire. Celle-ci est coulée sur l'articulateur. Le bloc est fini sur le modèle.

Coulage sous pression.

Le mode opératoire jusqu'à présent décrit est applicable à n'importe quelle méthode réclamant le coulage sous pression. Ayant déjà eu l'honneur de vous exposer notre méthode, nous n'en rappellerons que très brièvement les différentes phases.

Le bloc en cire piqué avec une tige de 1 m/m d'épaisseur est fixé sur le cône creux comme l'indique la figure (fig. 1). Il

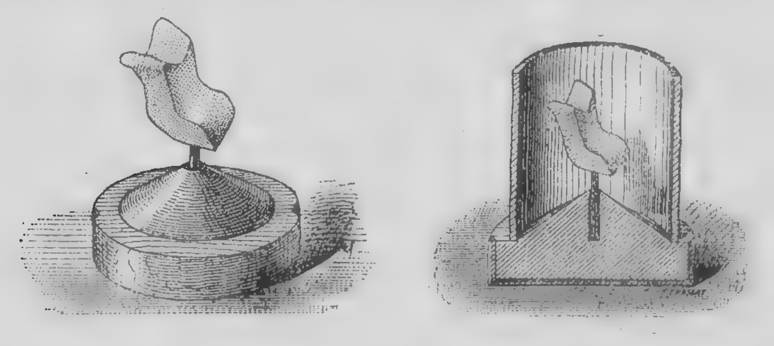


Fig. 1. Fig. 2

est mis en revêtement en prenant quelques précautions pour éviter la formation de bulles d'air. Le bloc en cire est d'a-

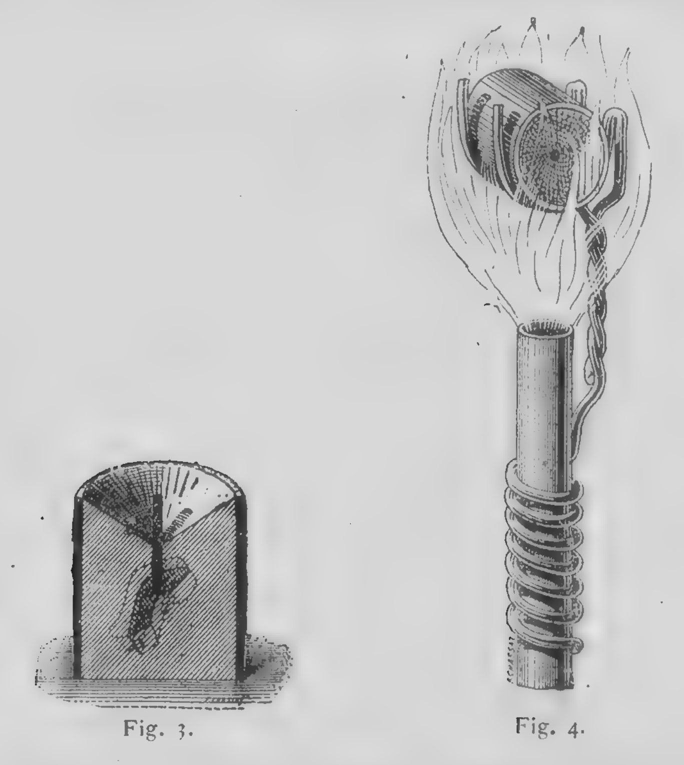


Fig. 3. Fig. 4.

bord revêtu d'une mince couche de matière que l'on laisse durcir avant de remplir le cylindre (fig. 2 et 3) et cela fait il

faut attendre le durcissement de l'ensemble et ne pas essayer de l'activer au sel, avant de l'exposer à la flamme d'un brûleur Bunsen pour le séchage et le brûlage de la cire. Pour ce faire, il importe de tenir le cylindre couché pour le chauffer de façon que la vapeur puisse s'échapper des deux côtés (fig. 4). Quand le revêtement est bien sec et la cire intégralement brûlée, on procède au coulage de l'or. La branche supérieure de la pince aura été munie de deux rondelles d'amiante bien humectées. Puis on saisit la pince de la main gauche par la branche supérieure et on place le cylindre sur la mâchoire inférieure de la pince (fig. 5). On dispose

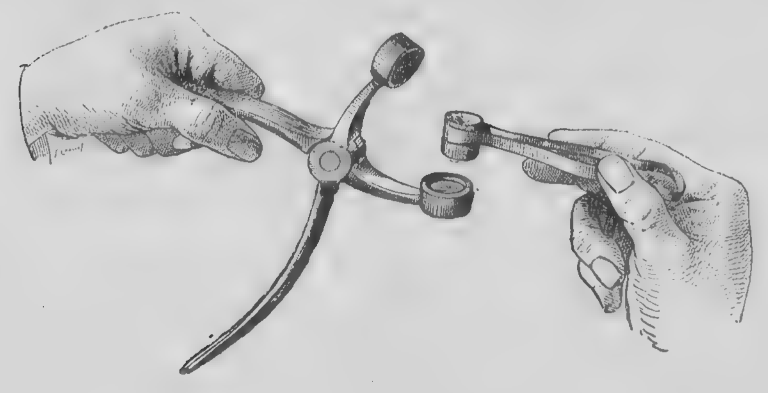


Fig. 5.

ensuite dans l'évidement deux ou trois morceaux d'or de préférence à 22 carats formant un volume de deux ou trois fois plus grand que celui du bloc à faire, soit en moyenne environ quatre grammes. La pince étant toujours tenue par une seule branche, l'opérateur dirige le jet d'un chalumeau sur l'évidement jusqu'à ce que l'or soit complètement fondu et bien fluide (fig. 6). Pour faciliter la fusion de l'or un peu de borax doit être employé. A ce moment, sans cesser de darder le chalumeau, l'opérateur ferme la pince en appuyant la deuxième branche sur la table et en approchant sa main gauche de cette table. Le chalumeau n'est retiré qu'au dernier moment lorsque la distance entre les deux mâchoires est devenue trop petite pour laisser passer la flamme afin de tenir l'or liquide jusqu'au dernier moment.

La pince étant maintenue fermée, on plonge les mâchoires dans l'eau froide. L'opération est terminée : dans la pince

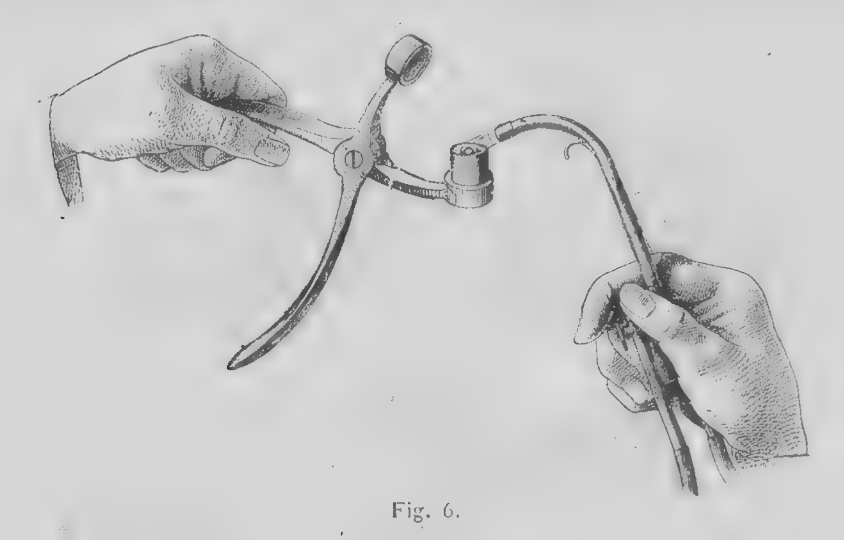


Fig. 6.

fermée la pression de la vapeur d'eau produite a refoulé l'or dans les plus petits détails de la cavité (fig. 7).

Il faut ensuite défaire le revêtement et couper la masselotte. Si le modèle en cire du bloc a été bien fait, le bloc en or obtenu doit s'ajuster et s'articuler sans aucune retouche,

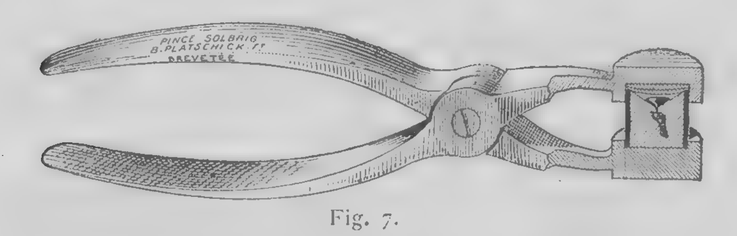


Fig. 7.

de manière parfaite. Il ne reste plus qu'à prendre les dispositions pour la pose du bloc. L'opération nous est connue, étant la même que pour les blocs sans pression et même que pour les blocs en porcelaine.

Bien que l'inlay en or ne soit pas destiné à supplanter l'aurification, il est nombre de cas où rien de meilleur ne saurait être conseillé. Relativement à ces cas, je suis assez tenté de formuler un certain nombre de règles et en tous

cas, je prendrai la liberté de donner quelques indications :

1° Chaque fois que l'on pourra faire un inlay en or dans le même temps ou en un temps moindre qu'une aurification dans la même cavité, l'inlay en or est indiqué parce qu'il est moins fatigant, et pour le patient et pour l'opérateur. On pourra ainsi de la sorte couper avec moins de parcimonie les angles fragiles et se conformer plus strictement aux lois de l' « extension for prevention », le temps nécessaire restant d'ailleurs le même ;

2° Chaque fois qu'une dent est trop fragile pour supporter une aurification, l'inlay est indiqué puisque, par le ciment, il contribuera à fortifier la dent ;

3° Chaque fois que la sensibilité de la dent ou du patient, comme dans le cas d'une personne très nerveuse ou dans le cas d'un enfant, ne permet pas de faire une aurification, l'inlay en or peut être employé ;

4° Chaque fois qu'une grande résistance est nécessaire contre les efforts masticatoires, comme dans le cas où l'articulation est surélevée par des obturations, les inlays en or sont indiqués ;

5° Même dans les cas où l'emploi de la digue est impossible la dent peut être obturée au moyen de l'or sous forme d'inlay.

NOUVEAU STÉRILISATEUR

(Présentation au Congrès de Reims, août 1907. Section d'Odontologie de l'A. F. A. S.)

Par M. Etchepareborda.

La stérilisation des instruments que nous employons s'impose d'une façon absolue car on peut, en négligeant de prendre cette précaution, communiquer les plus redoutables maladies.

Nous avons deux moyens en pratique courante pour atteindre ce but : la stérilisation à la chaleur sèche, et la stérilisation à la vapeur d'eau.

On peut aussi, par l'emploi de certains agents antiseptiques, et par l'ébullition, faire une stérilisation complète des instruments infectés, mais nous devons alors dépenser beaucoup de temps.

Les agents antiseptiques ne sont pas, d'ailleurs, toujours des moyens fidèles — même si on emploie des désinfectants très actifs, comme le bichlorure de mercure et l'acide phénique — car plusieurs d'entre eux coagulent la matière organique qui entoure l'instrument, en faisant pour ainsi dire un couvercle de protection aux agents septiques.

Il faut donc, quand on emploie ce moyen de stérilisation, faire soigneusement le nettoyage préalable des instruments, et ajouter au liquide antiseptique, des substances propres à éviter la coagulation de la matière organique.

Pour arriver, par l'ébullition, à faire une stérilisation complète des instruments, on doit les faire bouillir dans l'eau, au moins deux fois — même si on ajoute à l'eau du carbonate ou du borate de soude, ce qui élève la chaleur d'une dizaine de degrés — car nous savons qu'il y a des spores qui résistent à des températures très élevées. Il faut alors attendre l'évolution de ses spores, pour les détruire par une nouvelle ébullition.

Des deux moyens dont nous disposons pour faire une

stérilisation rapide — la stérilisation à la vapeur, et la stérilisation à la chaleur sèche — je préfère toujours ce dernier moyen, car la vapeur d'eau détériore les instruments.

La pratique démontre que la chaleur sèche est un moyen avec lequel on arrive à faire rapidement une stérilisation parfaite. Mais avec les stérilisateurs que nous trouvons chez les fournisseurs, nous ne pouvons pas atteindre commodément ce but-là.

Je veux énumérer brièvement leurs principaux défauts.

Dans les stérilisateurs courants, la porte s'ouvre de gauche à droite, ce qui est très gênant pour nous, car nous travaillons presque toujours à droite du patient.

L'intérieur de ces appareils aussi est mal disposé pour nous ; les plaques destinées à supporter les instruments, sont placées simplement sur des supports, de façon que lorsque nous désirons prendre, même un petit instrument, nous devons soulever la plaque et la tirer tout à fait en dehors, chose presque impossible quand l'appareil est très chaud.

Cette plaque présente encore un autre inconvénient : elle s'étend d'un bout à l'autre du stérilisateur, ce qui nous empêche de placer nos instruments debout.

Enfin le couvercle du récipient supérieur pour l'eau se ferme en s'emboîtant, une partie dans l'autre, et on ne peut l'ouvrir qu'avec les deux mains.

Pénétré de tous ces inconvénients, j'ai fait construire, par la maison Adnet, le stérilisateur que j'ai l'honneur de vous présenter. C'est une modification du modèle de Péan, qui peut se manier très facilement avec une seule main, et qu'on peut ouvrir sans gêner le patient.

Ce stérilisateur construit en cuivre rouge, de 0 m. 40 de largeur, sur 0 m. 25 de profondeur et 0 m. 20 de hauteur, est divisé en deux parties par une lame de cuivre placée verticalement.

La partie droite est destinée à contenir des supports métalliques troués, dans lesquels nous plaçons debout nos exca-

vateurs et nos instruments de nettoyage, de façon à les avoir rapidement en main, quand nous en avons besoin.

Le compartiment du côté gauche est aussi divisé en deux parties par un plateau métallique : le haut pour les petits instruments et le bas pour les instruments d'extraction. Ce plateau est mobile mais au lieu d'être placé sur des supports, il se meut sur une glissière. Toutes les pièces intérieures étant démontables, on peut transformer cet appareil en un stérilisateur commun, pour la stérilisation des instruments dans des grandes boîtes pour le cas, par exemple, où on aurait besoin de transporter des instruments pour une opération en ville.

Cet appareil possède une boîte supérieure pour l'eau, dont le couvercle s'ouvre facilement à l'aide de charnières.

Disposé de cette façon, voici la manière dont je procède d'habitude pour stériliser mes instruments. Mais je dois dire avant que je travaille toujours avec le stérilisateur placé entre le fauteuil et la fenêtre qui donne accès à la lumière.

Je place tous les instruments que je dois employer dans la journée, dans le stérilisateur qui m'occupe, et je l'allume à grand feu deux fois par jour : le matin de bonne heure et après le travail quand je quitte le cabinet de consultation.

De cette façon je commence à travailler avec des instruments parfaitement stérilisés, et je maintiens le stérilisateur toute la journée à feu très doux, ce qui rassure le patient au point de vue de la propreté.

Dans le courant de mon travail, aussitôt que je me suis servi d'un instrument, j'ouvre le couvercle du récipient à eau et je l'y laisse séjourner, jusqu'au moment où je termine.

Deux fois par jour je mets dans ce couvercle de l'eau bouillante qui se conserve toute la journée à une température variant de 50 à 60 degrés, ce qui permet d'obtenir une désinfection préalable, pas très complète il est vrai ; mais

nous devons encore faire subir à ces instruments une fois retirés et séchés la stérilisation à haute température dans l'intérieur de l'appareil.

Nous pouvons aussi ajouter à l'eau du récipient une substance antiseptique pour augmenter son pouvoir désinfectant.

Quant aux matériaux que nous employons qui ne peuvent être soumis à une haute température, coton, digue, etc... je les stérilise dans un petit stérilisateur Adnet à la formaline, que j'ai fait construire il y a quelques années.

Procédant de cette façon je pense que nous satisfaisons aux exigences les plus méticuleuses et que nous travaillons avec la plus grande sécurité.

HYGIÈNE DENTAIRE

L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS LES CASERNES

Par J. Delmelle,
Chirurgien-dentiste inspecteur des écoles communales de Gand.

Je ne pourrais mieux trouver comme base à cet article que les paroles dites par M. Clemenceau, à la rentrée du Parlement français (novembre 1906).

« Le régiment doit être une prolongation de l'école. Nous vou-
» drions que les générations, après y avoir puisé des habitudes d'hy-
» giène et des principes d'éducation civique, en sortissent meilleures
» et plus aptes à la vie sociale, car il est temps de faire pénétrer l'es-
» prit démocratique dans notre organisation militaire. »

Tous ceux qui ont été à même de suivre d'un peu près les réformes d'hygiène militaire préconisées jusqu'à ce jour, peuvent voir avec quelle assiduité l'on travaille au bien-être du soldat.

Les moindres détails de la vie du soldat dans les casernes ont été examinés. L'eau, la lumière, la propreté, la nourriture, le couchage ont été et sont encore à l'ordre du jour.

La presse même a bien voulu s'intéresser aux études réformatrices des spécialistes et livrer à la publicité des articles qui font le plus grand honneur à leur auteur.

Le soldat mérite l'intérêt qu'on lui porte, et ce ne sera jamais trop le gâter que de veiller à sa santé et de lui rendre agréable le temps qu'il passe dans les casernes. Que n'avons-nous cette perfection de logement, de nourriture, et de soins qui enrayerait les terribles ravages de mortalité constatés dans les casernements !

Est-ce mauvais pour la discipline, demandent Paul et Victor Margueritte, dans leur remarquable article « Nos casernes » que de vouloir mettre les soldats dans du coton... ?

« Nous croyons, répondent-ils, que la caserne bien comprise, loin
» de nuire à la discipline, la servirait. Habitable pour tous, elle
» n'offrirait plus, à qui y apporte des goûts de propreté physique et
» morale, le rebutant accueil dont tant de délicats ont souffert. Aux
» autres elle serait une école d'hygiène, de soins journaliers, ensei-
» gnerait de profitables habitudes. »

La situation sanitaire en Belgique est la même qu'en France.

Les statistiques médicales de l'armée belge, que publie tous les ans l'inspecteur général du service de santé, nous disent que dans

une période de plusieurs années jusques y compris 1900, le chiffre des admissions dans les hôpitaux, sur un effectif moyen de 45.000 hommes en solde, était d'environ 20.000 hommes et de 17.000, en retranchant le nombre des rechutes ou récidives, celui des maladies simulées. Cela donne donc, pour les malades traités dans nos établissements hospitaliers, un chiffre de 37 pour 100 hommes d'effectif en solde. N'est-ce pas lamentable ? Une enquête médicale sur les casernements s'imposerait donc en Belgique comme elle a déjà été ordonnée en France.

Cette question n'est pas seulement une question d'humanité concernant les soldats, elle intéresse aussi la santé publique en général, la valeur de l'armée, la défense nationale — et nos finances.

Par cet exposé j'ai voulu vous prouver que la question d'hygiène militaire est à l'étude, et que la mortalité dans les casernements commence à inquiéter, et non à tort, les ministres de la Guerre.

Il est d'ailleurs un fait reconnu, si l'on s'en rapporte aux statistiques militaires de Belgique, de France, d'Allemagne et d'Angleterre, que la mortalité du soldat est plus élevée comparativement aux citoyens du même âge. Les hygiénistes militaires l'attribuent aux affections contagieuses à microbes diffus permanents, telles fièvres typhoïdes, rougeoles, etc.

Est-ce vous dire que tout a été fait au point de vue hygiénique ? Certes non — un ennemi redoutable opère ses ravages dans nos casernes : c'est l'infection buccale.

Vous vous évertuez, messieurs les ministres, à donner à vos soldats de l'eau potable, de la nourriture saine, du pain nourrissant et pur : c'est fort bien ; mais pourquoi ne faites-vous pas surveiller leurs dents, organes si indispensables pour profiter de toutes ces réformes que vous introduisez ?

Vous cherchez partout le remède à la situation actuelle. Vous ordonnez enquête sur enquête, et là où vous pourriez découvrir la source de bien des maux, vous feignez ne rien voir et ne prenez en considération les preuves que l'on vous soumet. Que d'auteurs ont déjà décrit la nécessité de veiller à l'hygiène dentaire dans les casernes, et l'appel du savant hygiéniste militaire, M. le Dr Laveran, devrait seul suffire à prouver aux gouvernants toute l'importance qu'on doit y attribuer. « Une des causes de viciation de l'air dans les caser- » nes, dit-il, est l'haleine fétide des hommes dont la bouche est ma- » lade. »

Le remède n'est-il donc pas indiqué ? Faites surveiller les bouches, faites soigner les dents malades, faites propager l'hygiène dentaire dans les casernes et vous arriverez à la solution préconisée dans l'ouvrage de M. l'Ecuyer de Creft : « Observer l'hygiène, c'est soigner les intérêts de l'Etat. »

En France comme en Belgique on en est encore à l'initiative privée pour ce qui concerne l'hygiène buccale.

Depuis trois ans, je travaille à l'introduction du dentiste à l'armée, mais que peut mon effort isolé devant une pareille entreprise ?

Je suis toutefois arrivé à certains résultats que je me permets de vous soumettre.

Comme suite à un livre que j'avais écrit « L'art dentaire au point de vue social et économique », et pour me conformer aux idées que j'y développais, j'ai voulu voir de près l'utilité qu'il y avait de soigner les dents des militaires.

D'une enquête que j'ai faite personnellement il est résulté que dans les casernes de Belgique *aucun soin* dentaire n'est donné ; quant aux hôpitaux militaires, le seul remède que l'on y délivre pour les maladies des dents, c'est le baume d'acier. Tout l'arsenal chirurgical qu'on y trouve consiste en quelques daviers hors d'usage et démodés.

Il arrive donc que tout homme souffrant d'une ou de plusieurs caries est envoyé à l'hôpital où on le soulage... par l'inévitable extraction, et tout est parfait quand la dent est enlevée complètement.

Un pareil état m'ayant, je l'avoue, écœuré, je me suis permis de m'adresser aux autorités militaires de la place de Bruxelles, ville dans laquelle je résidais à cette époque. Un accueil favorable fut réservé à ma proposition de soigner, *à titre gratuit*, les militaires de la garnison de cette ville, et je fus autorisé à installer une clinique dentaire dans la salle des visites du régiment des grenadiers. Cela fut porté à la connaissance des hommes de ce dit régiment par l'ordre du jour du 6 juillet 1905.

Les lundis de chaque semaine je m'y rendais et recevais les hommes s'étant fait inscrire au rapport des malades. J'y ai traité plusieurs centaines d'hommes et tous se sont montrés enchantés de cette réforme, qu'hélas ils croyaient officielle.

Je traitais chez moi les hommes des autres régiments de la place. Un seul colonel sur sept m'a refusé l'autorisation de soigner les dents de ses soldats, prétextant que son corps médical était suffisamment apte..... à donner les soins dentaires nécessaires. Le brave homme considérait probablement comme soins les extractions multiples et trop souvent inutiles que ses officiers de santé pratiquaient !

Sur cet ensemble de plusieurs milliers d'hommes de garnison j'en ai soigné spécialement cent dix, qui tous avaient des bouches en très mauvais état. Sur ces cent dix patients j'ai pratiqué les opérations suivantes :

Dents extraites considérées comme incurables........	39	62
Racines extraites..................................	12	
Racines extraites des dents ayant été cassées à l'hôpital militaire..	11	

Dents soignées, guéries et obturées................	100	124
Consultations, abcès, nettoyages et divers...........	22	
Appareils de prothèse..........................	2	

Cela fait donc un ensemble de 186 opérations sur les 110 sujets soumis à mon traitement. Je les ai tous revus et j'ai pu constater le parfait état dans lequel ils s'évertuent à garder leur denture. 88 entretiennent journellement leur bouche et suivent rigoureusement l'hygiène buccale que je leur ai préconisée.

Je suis arrivé à un résultat à peu près analogue pour les autres hommes traités.

Depuis lors, étant installé à Gand, j'ai voulu continuer l'œuvre que j'avais entreprise. Ayant formulé une demande aux autorités militaires de cette place, conforme à celle que j'avais adressée à celles de Bruxelles, une réponse favorable m'a permis de poursuivre mon but.

Toutefois ici, j'ai eu à lutter et à combattre l'opinion contraire des médecins militaires. Après bien des échanges de correspondances il m'a été permis de recevoir chez moi les soldats de la garnison, les lundis et samedis de chaque semaine. Cela a été porté à leur connaissance par l'ordre de place du 18 juin 1907.

Comme vous pouvez le remarquer, à Gand il ne m'est plus permis d'avoir une clinique dans l'une ou l'autre caserne.

Pourquoi..... ne vous doutez-vous du pourquoi ? Les médecins de régiments ont trouvé que l'élément civil ne pouvait s'introduire dans l'élément militaire !!!.....

Le prétexte était-il suffisant ? Je ne le crois pas.

Je pense qu'ils mettront leur amour-propre bien au-dessus de l'œuvre humanitaire à laquelle ils pourraient contribuer en prêtant leur appui à l'introduction de cette réforme qui ne pourrait avoir comme résultat que de leur faciliter le service déjà si encombré et procurer aux soldats dont ils ont la garde, tous les bienfaits qu'ils sont en droit de réclamer.

Ce service date donc depuis trop peu de temps pour qu'il me soit permis de vous livrer un relevé d'opérations pratiquées. Qu'il me suffise de dire que mes consultations sont assidûment fréquentées par les militaires atteints d'affections buccales.

Il vous est aisé de constater par ce que je viens de vous soumettre que la question d'hygiène dentaire en Belgique n'en est encore qu'à sa première phase d'application.

De ce travail qui m'est personnel, sont nées certaines revendications stomatologistes, que je vous soumettrai, développerai et combattrai par un article ultérieur, si toutefois *L'Odontologie* veut bien le livrer à la publicité.

Vous, les travailleurs de chaque jour, unissez-vous dans un même

ordre d'idées, collaborez tous au même but ; c'est de votre union professionnelle que peut venir la victoire.

De partout, les chirurgiens-dentistes ont les regards portés sur vos éminents travaux, tous leurs vœux sincères vous sont acquis.

Notre confraternité ne doit plus avoir de frontières, tous nous devons savoir lutter vaillamment pour le maintien de la dignité professionnelle, et si du combat nous sortons vainqueurs ou vaincus nous courons la satisfaction d'avoir été les promoteurs de cette réforme qui procurera à nos chers soldats un peu de soulagement.

Le programme de M. Clemenceau sera rempli : les générations puiseront au régiment des habitudes d'hygiène et des principes d'éducation civique, en sortiront meilleures et plus aptes à la vie sociale.....

Quant à nous, nous aurons eu le bonheur d'être utiles à notre semblable, utiles à la profession, utiles à l'Etat en lui donnant des hommes sains ; car la santé publique, dit Disraëli, est la base sur laquelle reposent le bonheur du peuple et la puissance d'un pays.

SERVICE DENTAIRE SCOLAIRE A CAMBRIDGE

L'été dernier, il a été créé à Cambridge, par l'initiative de notre ami M. Geo Cunningham, secondé par plusieurs personnes et avec l'approbation du Conseil municipal, un institut dentaire pour enfants. A ce moment la loi ne permettait pas aux municipalités de consacrer des fonds au traitement médical des enfants ; mais actuellement il n'en est plus ainsi et le Ministère de l'Instruction publique recommande au contraire aux municipalités de lui présenter des projets dans ce but.

Le vendredi 6 décembre l'établissement a été visité par un inspecteur médical envoyé par le Ministère.

Il donne des soins gratuits aux enfants des écoles et procède ainsi : les enfants sont conduits dans une salle d'attente où ils trouvent des jouets pour s'amuser. Derrière cette salle est le cabinet d'opérations, qui fait face à un jardin public. Il n'y est pas fait d'extraction, celles-ci ayant toutes lieu dans une salle d'hôpital mise à la disposition de l'Institut.

Le fonctionnement et l'organisation de l'institution ont été exposés dans une réunion tenue à l'Hôtel de Ville le 6 décembre, sous la présidence du maire de Cambridge, qui prit la parole le premier, par M. Cunningham. D'août à novembre il a été examiné 756 enfants de 2 ans 1/2 à 13 ans, représentant 3.156 dents temporaires et 1.273 dents permanentes malades ; sur ce nombre, seuls 27 enfants n'avaient

pas de carie. 272 dents temporaires et 510 dents permanentes furent sauvées par l'obturation ; 217 dents temporaires et 8 permanentes durent être extraites. Sur ces 756 enfants, 8 seulement furent intraitables.

M. Cunningham conclut de ces faits que, s'il était possible d'assurer le traitement des dents des enfants entre 5 et 7 ans, on pourrait certainement sauver toutes les dents permanentes. Le plus grand nombre de ces enfants se sont montrés reconnaissants du traitement et leur conduite et leur patience ont été exemplaires. Les parents ont également reconnu l'excellence de la tâche entreprise et quelques-uns seulement se sont refusés à laisser traiter leurs enfants.

Un donateur a fait les frais de cette institution philanthropique, pour laquelle il y a lieu d'adresser des félicitations à M. Cunningham.

DERNIER ÉCHO DU CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Notre compte rendu du Congrès de Stomatologie (*Odontologie*, 15 et 30 août 1907) mentionnait un vœu de M. Siffre tendant à ce que tous les emplois publics de dentistes fussent réservés aux gradués en médecine.

M. Siffre adresse, à ce sujet, à la *Revue générale de l'Art dentaire*, une lettre de protestation. Le vœu qu'il a proposé est, en effet, le suivant :

« Le Congrès de Stomatologie émet le vœu que l'autorité militaire ne confie le service dentaire qu'à des jeunes gens remplissant les conditions donnant droit à l'exercice de l'art dentaire, conformément à la loi de 1892. »

Nous enregistrons avec plaisir la protestation de M. Siffre, et nous nous excusons auprès de lui de l'erreur, que nous avons commise, d'ailleurs, avec plusieurs de nos confrères, erreur dont la responsabilité remonte au président du Congrès qui, *en même temps* que le vœu de M. Siffre, en faisait voter un autre, d'un esprit tout opposé, demandant que tous les emplois publics de dentiste fussent confiés à des médecins-dentistes.

H. D.

REVUE DE L'ÉTRANGER

AJUSTAGE ET RÉTENTION DES PLAQUES

Par D. M. Shaw.

La démonstration de M. Shaw avait principalement pour but de montrer que la différence dans la force d'adhérence entre une plaque qui s'adapte très exactement à la bouche et une autre qui s'adapte moins exactement est beaucoup plus grande qu'on ne le croit d'ordinaire.

L'influence de la pression atmosphérique (succion) sur la rétention a été presque écartée en expérimentant avec des plaques rigides sur des modèles édentés, dont les faces, quoique en caoutchouc mou, ne pouvaient pas se modifier suffisamment pour laisser un vide total ou partiel se former dans un espace complètement rempli par une couche de liquide. De sorte que l'adhérence réelle existante pouvait mieux être étudiée comme rentrant dans la classe des phénomènes dus à la *tension en surface.*

L'attraction ou adhérence due à cette tension dépend entièrement de la zone des faces proximales et de l'épaisseur de la couche de liquide située entre elles et en contact avec toutes les deux. Cela fut aisément prouvé par des couples convenables de plaques de verre. Une paire de ces plaques exigeait une traction de trois à quatre livres pour amener la séparation quand une couche d'eau était entre elles.

Une paire exactement semblable avait été meulée pour s'adapter à une surface plus plane. Avec une couche d'eau intermédiaire, cette dernière paire résista à une traction de six livres et demie à huit livres. Cette augmentation dans le pouvoir adhésif était causée par une amélioration d'adaptation si légère que l'œil nu pouvait la remarquer.

Le modèle à face en caoutchouc est alors mis en usage et il en a été pris des empreintes très exactes en plâtre et en composition au moyen de porte-empreintes perforés. Les trois empreintes en plâtre, mouillées avec de l'eau et pressées sur le modèle, exigeaient une force de six à neuf livres pour les séparer. Les empreintes en composé ont exigé une force de quatre livres et demie à six livres et demie. Il n'est pas possible avec ces données seulement de tirer des conclusions sûres touchant l'exactitude relative d'adaptation des empreintes en plâtre et des empreintes en composé, parce que le plâtre et le composé ne sont pas traversés également par un liquide aqueux. L'angle

de contact, comme les physiciens l'appellent, donne quelquefois une différence très grande et il est probable qu'avec des plaques bases de matières différentes, la différence de force d'adhérence est très considérable. Ce fait fut remarqué par Andrieu, mais non imputé à sa vraie cause, car, comme beaucoup d'autres, il l'attribue à la succion.

L'adaptation des surfaces est probablement plus grande dans ces empreintes que dans la paire de plaques de verre qui avaient été spécialement meulées. Si l'on pouvait obtenir une exactitude d'adaptation égale avec les dentiers, l'adhérence de ceux-ci serait tout à fait satisfaisante au moment de leur placement dans la bouche.

Il a été pris des moulages très fidèles des empreintes ; sur ces moulages des plaques de vulcanite furent faites avec soin. Aucune de ces plaques ne s'adaptait assez exactement au dentier de caoutchouc pour résister à une traction supérieure à quelques onces. On n'obtint pas de meilleur résultat quand la plaque fut vulcanisée sur un modèle d'étain qui avait été coulé dans un moule de sable confectionné directement d'après le dentier de caoutchouc.

Les plaques de métal estampé étaient plutôt plus mauvaises en général ; mais une plaque de cuivre, préparée avec grand soin, résista à une fraction de 1/2 livre, de sorte que s'il a été reconnu tout à fait praticable d'obtenir des surfaces d'empreinte en plâtre et en composé suffisamment exactes pour adhérer fortement par la surface de tension seule, la reproduction exacte de ces surfaces sur une plaque de vulcanite ou sur une plaque de métal estampée était reconnue impraticable. Le point important qui semble démontré, c'est que la plaque à bonne adaptation ordinaire ne s'adapte pas parfaitement au moment de sa pose et une légère amélioration de la surface apporterait un grand perfectionnement dans l'adhérence, du moins dans une bouche ferme. L'approximation voulue de $\frac{1}{8}$ de mm. et moins peut exister réellement sur un grand nombre de points ; mais l'expérience prouve que la surface totale de ces points à bonne adaptation n'est qu'une petite fraction de la surface totale, souvent $\frac{1}{30}$, rarement $\frac{1}{12}$.

On peut obtenir une bonne adaptation en vulcanisant une mince couche de caoutchouc de la surface palatale d'une forte plaque de métal estampée, méthode digne d'être essayée, quoiqu'elle offre des inconvénients en pratique. Bien entendu le succès dépendra souvent de l'obtention d'une égalité de résistance de la surface de la bouche que d'une bonne adaptation lors de la pose.

On est naturellement porté à essayer une comparaison des valeurs relatives comme moyen de rétention des deux forces de l'adhérence de la tension de surface et de la succion. Dans la majorité des cas les deux forces interviennent simultanément. Il est probable que les conditions de l'action d'une des deux forces excluent, en partie du

moins, l'action de l'autre, parce qu'il ne peut y avoir à la fois en aucun point entre les deux surfaces contact parfait et un espace partiellement vide.

La force effective de la succion doit intervenir et se renouveler périodiquement par un acte conscient ou inconscient du patient ou bien comme conséquence d'un déplacement partiel de la denture.

L'adhérence due à la tension de surface est une force continue tant que l'approximation des surfaces est suffisante avec une couche liquide entre elles. La succion est potentielle et intermittente ; la tension de surface est réelle et constante.

(*British Dental Journal*, juillet 1906.)

REVUE ANALYTIQUE

Stomatite ulcéreuse due à un crin de brosse. — Fracture double du maxillaire inférieur sur une base tuberculeuse. — Quelques considérations anatomiques et thérapeutiques sur les affections du maxillaire résultant des dents antérieures et supérieures. — Sur un cas d'absence congénitale des dents permanentes. — Deux cas de pulpite guérie avec conservation de la pulpe. — A quels dangers sont exposés les yeux du dentiste; précautions à prendre.

Stomatite ulcéreuse due à un crin de brosse.

M. Plaut présente dans la Société médicale de Hambourg un cas d'angine ulcéro-membraneuse provoquée par une soie d'une brosse à dent. Cliniquement l'ulcération sur l'amygdale ne pouvait se distinguer en rien de la véritable angine phlegmoneuse, si ce n'était un point blanc qui faisait relief ; avec une pince on parvient à retirer une soie de cochon et la guérison se fit en trois jours.

(*Münch. méd. Woch.*, 1907, nº 7.)

S.

Fracture double du maxillaire inférieur sur un base tuberculeuse.

Il s'agit d'un cas très intéressant. Une fillette de 5 ans se fait enlever la deuxième molaire temporaire gauche atteinte de 4e degré avec périostite alvéolaire suppurée et nécrose. Plus tard il se déclare des symptômes de tuberculose locale (apparition de quelques foyers de lupus). La plaie guérit très mal, il se forme deux fistules d'une profondeur de 4 à 8 cm. et le côté gauche gonfle de plus en plus.

Environ un an après l'extraction de la molaire temporaire on constate une fracture spontanée du maxillaire inférieur côté gauche. On arrive à extraire par la fistule élargie des morceaux d'os nécrosé. En même temps apparaît à droite au niveau de la deuxième molaire temporaire une périodontite suppurée ; on fait l'extraction de la dent incriminée. Un examen aux rayons X le jour de l'extraction, fait voir une fracture à ce niveau.

L'auteur fait bien ressortir que les deux fractures n'étaient pas de nature traumatique, quoique la cause soit un peu différente pour chaque côté. La fracture à gauche est due notablement à *une infection tuberculeuse primitive* avec nécrose totale de l'os. Il n'existait *aucune cause héréditaire*. A droite il y a eu une diminution de résistance de l'os. Ici la *tuberculose apparue secondairement à la fracture*.

L'auteur ne saurait expliquer la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme de l'enfant. Il suppose qu'elle s'est faite par du lait non cuit d'une vache atteinte de tuberculose, et la localisation de la maladie se fit sur le maxillaire qui en ce moment offrait un point de moindre résistance.

(Reich-Marburg, *Odontologische Blätter*, nos 5-6.)

S.

3

Quelques considérations anatomiques et thérapeutiques sur les affections du maxillaire résultant des dents antérieures et supérieures.

L'auteur a examiné un grand nombre de maxillaires que l'on peut diviser en deux groupes principaux. Ceux dont la paroi antérieure de l'alvéole qui recouvre les racines forme une proéminence très accentuée, et ceux dont la paroi antérieure n'est pas très développée. Dans le premier cas, on peut facilement se rendre compte de la position de la racine et de l'apex, dans le second cas la proéminence manque habituellement au niveau de l'incisive latérale, et à sa place se trouve la fosse incisive qui est d'autant plus accentuée que la paroi alvéolaire est plus proéminente au niveau de l'incisive centrale et de la canine. Il est presque impossible de connaître la position de la racine et de l'incisive latérale. Quand on enlève une partie de la paroi antérieure on voit que la racine de la canine et de l'incisive centrale ont une direction verticale, tandis que la racine de l'incisive latérale est dirigée en haut et en arrière et pénètre de plus en plus dans la masse spongieuse du maxillaire supérieur, surtout lorsque la racine est recourbée en dedans. L'étendue et la gravité de l'inflammation radiculaire sera, outre la virulence microbienne, en rapport avec l'épaisseur de la paroi antérieure du maxillaire.

L'incisive latérale est de toutes les dents celle qui par la position de sa racine produit le plus d'accidents fâcheux qui souvent exigent une intervention. Le pus ne pouvant se faire jour par la paroi antérieure de l'alvéole, se collecte, dans les cas favorables, au niveau du collet de l'incisive entre celle-ci et la canine. Plus souvent le pus se collecte vers la région nasale où ces abcès restent enfermés longtemps dans la masse spongieuse du maxillaire, et font porter quelquefois le diagnostic d'empyème du sinus. L'auteur attribue beaucoup de névralgies faciales à ces abcès. Le diagnostic n'est pas toujours très facile car les symptômes objectifs manquent très souvent. Les symptômes subjectifs sont plus précis. Il s'agit des douleurs sourdes d'un côté de la face qui partant du maxillaire supérieur s'irradient avec violence vers l'œil et la tempe. Un signe très important c'est la présence d'une inflammation des lymphatiques que l'auteur a observée dans tous ces cas dans la région apicale de l'incisive latérale. Les trous nourriciers nombreux dans la masse compacte du maxillaire supérieur favorisent le cheminement du pus. Le trou nourricier de la voûte palatine qui a 2 mm. jusqu'à 1 cm. derrière le collet de l'incisive latérale, explique *les abcès palatins* dont l'origine est l'incisive latérale.

L'auteur cite plusieurs de ces cas. Après un examen minutieux il découvrit toujours une dent morte qu'il trépana ; si les douleurs ne cessent pas après la trépanation de la dent, il ne faut pas perdre son temps avec les traitements de la racine, il reste à faire la trépanation de la paroi antérieure du maxillaire et découvrir l'abcès de la masse spongieuse. La guérison complète se fait, après quelques tamponnements, en moins de huit semaines.

(Lartschneider, *Oestereich. Viertel. für Zahn.*, juillet 1907.)

S.

Sur un cas d'absence congénitale des dents permanentes.

L'auteur rappelle d'abord que Magitot dans le « Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères » nie l'existence d'anomalies semblables sauf de cause pathologique (fièvres éruptives avec gangrène de la bouche, nécrose du maxillaire et destruction des follicules de la deuxième dentition). Linderer mentionne le cas d'une femme qui semble n'avoir jamais eu de dents. Tomes cite deux cas. D'autres auteurs pensent qu'il y a erreur de diagnostic. L'auteur lui-même a eu l'occasion d'observer le cas suivant :

Un jeune homme de 25 ans vient lui demander de lui faire un appareil du bas et du haut. Il dit n'avoir jamais eu les *dents permanentes*.

Il avait perdu ses dents temporaires du bas qui ont commencé à remuer spontanément et sont tombées. Au maxillaire supérieur il reste cinq dents temporaires. On fait l'extraction de ces dents et on trouve les racines résorbées. Le procès alvéolaire du maxillaire supérieur et inférieur était complètement atrophié. On ne sent pas d'exostose, ni aucune autre trace d'inflammation. Examen par les rayons X. Le malade donne les renseignements suivants : à sa naïssance il était dépourvu d'*ongles*. La grossesse de sa mère était normale, les parents étaient bien portants. Le malade avait été un enfant très débile, anémique. Il fut atteint d'une forme très légère de varicelle, coqueluche à l'âge de 2 ans et à 8 ans d'une diphtérie sans complications. L'histoire du malade ne nous aide pas à retrouver la cause de l'absence de ses dents permanentes, il y a plutôt lieu de l'attribuer à un trouble dans la vie fœtale, dont la cause nous échappe.

(THORVALD KIAER, chirurgien-dentiste, Copenhague, *Correspondenz Blatt. für Zahnärzte.*)

S.

Deux cas de pulpite guérie avec conservation de la pulpe.

Il s'agit dans l'un des cas, d'un jeune homme qui vint consulter l'auteur il y a 14 ans pour une dent qui le fit souffrir atrocement, la première grosse molaire atteinte de pulpite aiguë. A l'examen on trouva une carie pénétrante sans que la pulpe soit à nue. Supposant un commencement de pulpite, on se décida pour la conservation de la pulpe. Pose de la digue, excavation avec précaution de la dentine ramollie, irrigations fréquentes de la cavité avec la solution suivante :

Sublimé	0,1
Acide phénique	1,0
Alcool rectifié	10,0
Aq. menth. pip	100,0
Ox. baryophyll	III gtt.

Ensuite séchage à l'air chaud, coiffage sans pression avec de la gutta-percha et obturation permanente avec l'amalgame.

L'auteur revit souvent la dent qui ne présenta aucune réaction. Il y a 3 ans le patient en tombant cassa une paroi d'émail de la dent traitée. La dentine était extrêmement sensible.

2° cas. Douleur de pulpite. Carie profonde sans pulpe à nue. Après curettage minutieux aidé par des pansements de créosote iodoformée qui atténue sensiblement la douleur, la cavité fut enduite d'une solution de gutta-percha dans du chlorethymol, le point de la pulpe exposé fut recouvert d'une coiffe métallique, et on fit l'obturation permanente. Dans ces cas il ne faut pas employer des caustiques.

Durant le traitement l'auteur dit que la pulpite guérit plus facilement chez les personnes jeunes qui ont une circulation plus intense que chez des adultes.

(AUTAN WITZEL, Wiesbaden, *Deut. Zahn. Wochen.*, 26 octobre.)

S.

A quels dangers sont exposés les yeux du dentiste ; précautions à prendre.

L'auteur attire l'attention du praticien sur les dangers qu'il court en opérant sans lunettes. Il cite deux cas récents qui ont eu des conséquences fâcheuses pour les opérateurs. L'un fut atteint d'une infection très grave de l'œil : au moment de l'extraction d'une dent un morceau de la dent se détacha et vint atteindre l'œil. L'autre à la suite d'un même accident eut une perforation de la cornée avec perte de la vue de l'œil droit ; pendant très longtemps il fut en danger d'ophtalmie sympathique.

L'auteur cite encore d'autres cas moins graves mais ennuyeux par le fait que l'opérateur fut contraint de cesser tout travail pendant quinze jours à trois semaines. Même sans être blessé, l'œil de l'opérateur est constamment exposé à recevoir des matières septiques de la bouche du malade. La conjonctive absorbe facilement ; ainsi, d'après un bactériologiste éminent, il suffit d'une goutte d'une culture de la peste sur la conjonctive, normale microscopiquement, d'un animal pour reproduire la peste.

Dans son intérêt il serait à désirer que le dentiste portât des lunettes durant toutes ses opérations ; pour éviter la fatigue de l'œil il faudrait que les cils ne viennent pas toucher les verres ; que la distance normale de 30 cm. des yeux du praticien à la bouche du patient soit respectée. Le cabinet devrait être disposé au Nord, la vue étendue afin que l'opérateur puisse regarder au loin pour reposer son œil fatigué par le travail rapproché. Eviter le travail du soir.

Lorsque l'œil est fatigué faire des lotions froides sur les *yeux fermés.* Quand l'œil est blessé mettre quelques gouttes de cocaïne à 3 o/o, laver l'œil avec un tampon de coton dans une solution de sublimé à 1/5000 ou eau boriquée à 3 o/o et consulter un spécialiste.

(SENN, chirurgien-dentiste, Zurich, *Schweiz. Viertel. für Zahn.*, n° 4, 1907.)

S.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

L'importance de la Gymnastique pour le dentiste. — Le dentiste doit posséder outre la dextérité manuelle, une assez grande force musculaire des bras et des mains ; l'extraction des dents en particulier nécessite parfois le déploiement d'un effort musculaire considérable. Il faut donc développer le plus possible cette force par des exercices appropriés de gymnastique, qui en exerçant une influence favorable sur tout le corps, augmenteront le développement musculaire des membres supérieurs.

L'exercice qui me paraît le meilleur pour atteindre ce résultat, ce sont des mouvements rythmiques des bras avec une paire d'haltères de six kilogrammes. Voici les mouvements que je recommande plus particulièrement :

1° Mouvement circulaire des mains d'avant en arrière (les premiers jours il faut le faire quatre fois, ensuite dix fois). Par ce mouvement les mains dessinent un cercle sur les transversales ;

2° Un mouvement circulaire et d'extension des mains en avant et horizontalement (cinq fois, puis dix fois), en dehors (cinq fois, puis dix fois), en haut (trois fois, puis six fois), à la fin on fera quelques profondes et fortes respirations ;

3° Une projection des bras en avant et en arrière (trois fois, puis six fois) et quelques fortes inspirations.

Les mouvements méthodiques ci-dessus suffisent pour arriver à l'effet poursuivi ; mais l'on doit veiller à ce que ces mouvements se fassent rythmiquement et lentement, et, entre chaque série des trois sortes d'exercices, il faut faire une petite pause de deux à trois minutes environ.

Les vêtements du cou et de la poitrine doivent être larges, et les fenêtres de la chambre dans laquelle on s'exerce, doivent être ouvertes pour respirer de l'air pur.

Par ces exercices on peut accroître la force des membres et équilibrer les forces diverses de l'organisme.

Par la gymnastique on réussit à fortifier une partie du corps qui est faible ou fonctionne mal.

Par ces exercices convenables et continus des mains et des bras, nous pouvons amener une stimulation énergique de la circulation sanguine et lymphathique dans ces organes, et par suite une nutrition

abondante de leurs muscles, qui ne tarderont pas à augmenter et à acquérir la force essentielle nécessaire.

Pour toutes ces raisons, je recommande chaleureusement à mes confrères ces exercices, ils sont très faciles et je les recommande aux étudiants en chirurgie-dentaire, car la force des mains et des bras est un des attributs professionnels importants pour le chirurgien-dentiste.

(PANDAZIS, de Mytilène.)

Stérilisation de la pièce à main. — Le mécanisme de la pièce à main se rouillerait par l'ébullition parce que beaucoup de ses parties ne pourraient pas faire évaporer rapidement l'humidité sous l'influence de la chaleur en raison de sa construction. La gazoline, toutefois, convient au mécanisme, quand on a enlevé la gaine. Après un bain dans ce liquide, le mécanisme fonctionne plus aisément si l'on y verse quelques gouttes d'huile. En traitant fréquemment de cette manière une pièce à main, celle-ci se conserve en parfait état. Brosser l'extérieur de la gaine avec une solution de formaldéhyde à 10 o/o. (*Amer. Dent. J.*)

Soins à prendre dans la pose des couronnes. — Si tout l'excès de ciment n'est pas soigneusement enlevé, cela provoque le déchaussement des dents et peut-être leur perte. L'enlèvement du ciment après la pose de la couronne est donc une mesure prophylactique pour la conservation des dents avec couronnes. (*West. Dent. J.*)

Règles relatives à l'articulation. — 1° Ne jamais exercer de pression sur les six dents antérieures ; 2° ne jamais exercer de pression plus grande d'un côté que de l'autre sur les dentiers du haut complets ; 3° ne jamais laisser une deuxième ou troisième molaire inférieure qui fait saillie en avant de telle sorte que sa face puisse rencontrer une dent artificielle à cet angle, car sûrement elle heurtera le dentier supérieur. (*Australian.*)

Conservation de la cavité à l'état sec. — La dentine, quand elle est sèche, n'est pas conductrice ; mais elle est conductrice à l'état humide, dans une dent vivante. On est donc toujours assuré que l'opération réussira en appliquant la digue ou en se servant de tampons de coton pour maintenir sèche la cavité. Cela fait, nettoyer la cavité à l'alcool absolu, pour enlever les débris, la salive, etc. (*Dent. Dig.*)

Air comprimé. — L'air comprimé facilite beaucoup les opérations et pour le patient et pour le dentiste. Il nous faut habituer le patient à apprécier nos efforts et nous devons acquérir la réputation de faire tout le possible pour atténuer la douleur. (*Dent. Rev.*)

Pose de la couronne avec la gutta. — Réduire en poudre un morceau de gutta, ajouter un peu d'huile de cajeput pour l'amollir sur une plaque de verre. Si le dentiste peut supporter la préparation sur ses doigts, le patient doit pouvoir la supporter lui-même. Se servir de la plaque base rouge sans rien mettre avec, en l'employant telle qu'elle est. (*Int. Dent. J.*)

Chlorure d'adrénaline. — L'application de chlorure d'adrénaline à

une pulpe fraîchement exposée ou saine réussit incontestablement, mais l'expérience prouve qu'elle doit être limitée à ces cas. Le moindre changement pathologique dans le tissu pulpaire compromet le succès (*Brit. D. J.*).

Le thymol dans le traitement des abcès. — Le thymol est très insoluble d'ordinaire, mais il est soluble dans l'huile d'eucalyptus et devient alors un précieux agent pour le traitement des formes bénignes d'abcès chroniques. (*West. Dent. J.*)

Coloration du plâtre pour faciliter la séparation. — Diluer un peu de bleu dans l'eau servant à mélanger le plâtre qui doit mouler l'empreinte, de façon à en faciliter la séparation. C'est là un excellent moyen. (*Dental Hints.*)

Pulvérisation sur la gencive. — En pulvérisant du chlorure d'éthyle sur la gencive autour de la racine d'une dent qu'on prépare pour une couronne, le patient est notablement soulagé. (*American.*)

Emploi de la soie dentaire. — Se servir de la soie matin et soir. Enseigner au patient à la saisir entre le pouce et l'index de chaque main en se servant du deuxième doigt de chaque main comme d'un guide pour l'amener sur toutes les parties de la cavité buccale ; lui montrer à s'en servir. Amener la soie légèrement entre les dents, la tirer en avant et en arrière, le fil s'aplatissant et passant aisément entre les dents quand même elles sont serrées si les faces proximales sont unies.

Après l'avoir placée, la mouvoir soigneusement contre la gencive en la pressant en même temps contre la dent jusqu'à ce qu'elle soit contre le bord ou au-dessous de la gencive, puis la repasser en arrière sur la surface de la dent au point de contact des deux dents, et la face proximale de la dent voisine traitée de la même façon. De cette façon tous les dépôts mous peuvent être enlevés sans léser la gencive. (*Dent. Summary.*)

Protection contre les craquelures. — Pour préserver les dents des craquelures badigeonner de blanc ou de plombagine la face de la contre-plaque qui doit être appliquée contre la porcelaine de la dent. La plombagine noircit un peu la dent, mais elle est préférable au blanc, car elle a moins de grains et permet une adaptation plus exacte de la dent à l'arrière. Quand on emploie de la soudure à haute température, l'arrière de la dent devient collant sous une forte chaleur et adhère à la contre-plaque; cet état s'accentue si le borax y arrive, et la porcelaine s'en ira sûrement lors du refroidissement, parce que l'arrière, étant d'une matière différente ne se dilate pas et ne se contracte pas dans les mêmes proportions qu'une dent de porcelaine. Avec le blanc ou la plombagine, cette adhérence ne se produit pas, de sorte qu'il n'y a pas de tension sur la dent ; par suite de cet isolement la dent et l'arrière se contractent indépendamment l'un de l'autre. (*Ath's et Son's Quart. Circ.*)

Matière obturatrice pour dent temporaire. — Il n'y a rien de mieux comme matière obturatrice pour les dents temporaires que la

gutta, surtout dans les cavités proximales. Elle ferme la cavité et donne de l'espace. (*Dent. Surg.*)

Pose des couronnes Logan. — Préparer la racine comme à l'ordinaire, meuler la couronne pour une adaptation approximative ! Mélanger un peu d'émail artificiel d'Ascher et le mettre à la base de la couronne. Passer sur le pivot un disque très mince d'aluminium ou de feuille d'étain et mettre la couronne en place. Enlever et mettre de côté jusqu'à ce que l'émail ait complètement durci, puis avec des disques convenables bien vaselinés ajuster à la ligne sur l'étain en indiquant le périphérie de la racine. L'ajustement est aussi parfait qu'il peut l'être. (*Dent. Surg.*)

Pose des inlays. — Employer un ciment hydraulique, car cela contribue beaucoup à la commodité du patient et de l'opérateur, la salive pouvant atteindre le point en deux ou trois minutes, ce qui évite de recouvrir avec du vernis, etc. Le ciment en excès doit être laissé jusqu'à ce qu'il soit tout à fait dur, alors il peut être enlevé et l'opération peut être finie. (*Dent. Rev.*)

Ponts de porcelaine. — De l'or pur comme soudure ne convient pas aux ponts de porcelaine quand on emploie des corps fusibles à haute température. On obtient la force voulue en employant de la soudure de platine à 25 o/o pour la confection de la substructure et la fixation des faces ; cet usage est aujourd'hui universellement recommandé. (*It. of int.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Le nouveau bureau de l'American Dental Club of Paris est ainsi composé :

Président : M. Geo. A. Roussel.
Vice-Président : M. Burt.
Secrétaire : M. Hotz.
Trésorier : M. Wetzel.
Secrétaire des séances : M. Field Robinson.

La dernière réunion de la société a eu lieu samedi 7 décembre chez M. Brigiotti. Un très grand nombre de membres y étaient présents et ont chaleureusement applaudi le nouveau président après le discours remarquable qu'il a prononcé en inaugurant son année de présidence, sur la situation des dentistes américains en Europe.

M. Solbrig a lu ensuite un travail sur sa méthode de confection des blocs en or, et M. Burt a présenté un appareil modifié système Solbrig, pour couler des bridges d'un seul bloc.

Une série de démonstrations pratiques ont été données dans l'après-midi du même jour, grâce à l'obligeance de M. Levett, qui a mis sa clinique à la disposition de la Société. MM. Solbrig et Williams ont démontré leurs méthodes respectives de faire des inlays en or, et M. Aguilar de Madrid a fait une série d'opérations, démontrant l'efficacité des injections sous-cutanées de l'anesthésique local qu'il recommande. Ces opérations, couronnées de succès, se composaient de l'extraction du nerf vivant d'une canine inférieure droite, et d'une incisive latérale supérieure droite, puis de la préparation d'une cavité de carie de deuxième degré, au bord gingival et en dessous de la gencive d'une petite molaire supérieure gauche. Aucun des patients n'a accusé la moindre souffrance.

FIELD ROBINSON.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FONDATION MILLER

Pendant sa dernière session, à Amsterdam, la Fédération dentaire internationale a décidé d'honorer la mémoire du regretté professeur Miller, auquel l'art dentaire est redevable de tant de découvertes précieuses pour notre profession et pour la science en général, et acquises par un labeur ardu et désintéressé. Il a été proposé dans ce but de créer un prix Miller à décerner tous les deux, trois, quatre ou cinq ans. Cette récompense serait attribuée à l'auteur d'un travail remarquable ayant contribué à l'avancement de l'art dentaire, et consisterait en une médaille d'une grande valeur à l'effigie de celui dont nous voulons honorer et perpétuer le souvenir.

Un comité a été nommé à cet effet par la F. D. I.; il est composé de MM. Aguilar, Madrid; Brophy, Chicago; Godon, Paris; Grevers, Amsterdam; Jenkins, Paris; Mummery, Londres; Röse, Dresde; Weiser, Vienne.

M. Röse a été nommé président et M. Jenkins, secrétaire.

Le président du Comité a adressé à ses collègues une lettre-circulaire pour leur demander leur avis sur le meilleur moyen d'honorer la mémoire du professeur Miller et leur a notamment posé les questions suivantes :

1° Quelle forme doit revêtir ce moyen ?

L'érection d'une statue ou la confection d'un portrait n'enrichirait qu'une collectivité. La renommée de Miller appartient au monde scientifique tout entier et il semblerait plus convenable pour perpétuer son nom à travers les siècles de fonder un prix donné à la suite d'un concours international.

2° Devons-nous réunir une somme d'argent pour constituer un fonds dont les intérêts seront distribués en prix au travail le meilleur et le plus original qui aura vu le jour pendant un certain nombre d'années ?

3° Comment réunir ce fonds ?

4° Faut-il fixer une somme que nous jugeons comme un minimum nécessaire dans ce but ou faut-il agir sans fixer le montant que nous voulons atteindre ?

5° Comment cette somme sera-t-elle placée et qui aura qualité pour en disposer ?

6° Convient-il que le prix consiste seulement en une médaille de valeur ou dans une médaille de peu de prix accompagnée du reliquat des intérêts ?

7° Le prix sera-t-il attribué au bout d'une période de cinq ans par exemple et par qui ?

8° Le prix ne sera-t-il décerné que pour des travaux scientifiques de dentisterie ou les travaux pratiques doivent-ils y être compris ?

9° Quelles autres propositions pouvez-vous faire touchant l'entreprise en général ou en particulier ?

M. Röse ajoutait que la décision définitive sur ces points sera prise à Bruxelles, où se réunira le Conseil exécutif de la F. D. I. en 1908.

Il a été répondu ce qui suit, après accord avec les délégués de la F. D. N. française :

1° Il semblerait plus convenable pour perpétuer le nom du professeur Miller de fonder un prix qui serait décerné à la suite d'un concours international ;

2° Il y aurait lieu d'abord de réunir une somme d'argent pour constituer un fonds dont les intérêts seraient distribués en prix au travail le meilleur et le plus original qui aurait vu le jour pendant un nombre d'années à fixer suivant la somme dont on pourrait disposer ;

3° Cette somme pourrait être réunie par le Comité constitué par la F. D. I., qui adresserait un appel dans tous les journaux et à toutes les sociétés ou écoles ;

4° Il paraît utile de fixer le minimum qui serait nécessaire ;

5° La somme réunie serait placée en fonds d'Etat et le trésorier de la F. D. I. aurait qualité pour en disposer ;

6° Le prix devrait consister en une médaille de valeur relative, accompagnée du reliquat des intérêts si possible ;

7° Le prix pourrait être attribué au bout de trois ou cinq ans ;

8° Il le serait pour des travaux scientifiques ou leur application pratique ;

9° Il serait bon également de faire imprimer une brochure élégante, contenant le portrait de Miller et rappelant sa vie et son œuvre, brobure qui serait jointe au prix.

Tous les membres du Comité ont fait connaître leur réponse à M. Röse, et nous pouvons annoncer qu'ils sont d'accord en principe sur la création d'un prix international et sur l'utilité d'ouvrir dès à présent une souscription dans le monde dentaire de tous les pays, sans attendre les décisions de détail qu'il appartient de prendre à la réunion de Bruxelles de la F. D. I., au mois d'août prochain, sur les conditions d'attribution du prix en question et sur le meilleur moyen de perpétuer la mémoire du professeur Miller.

Il a été notamment proposé que le minimum de chaque don ne puisse être inférieur à dix francs, mais qu'il ne soit pas fixé de maximum.

Une grande souscription est donc à la veille d'être ouverte dans le monde entier par les soins des membres du Comité. Un appel a été déjà lancé dans plusieurs pays et a été bien accueilli.

Le Comité international a laissé à chacun de ses membres l'initiative des moyens qu'il jugera les plus propres à la réussite du projet dans leur pays respectif.

En conséquence, avant d'ouvrir la souscription en France, conformément au mandat qui nous a été donné par le Comité international, nous sollicitons les avis et les propositions des Sociétés ou Groupements professionnels et des membres de la profession qui voudront bien nous en faire parvenir touchant la forme à donner à cette grande manifestation scientifique qui, pour être digne de Miller et de la profession, doit être réalisée avec le concours de tous, à quelque groupe ou société qu'on appartienne. CHARLES GODON.

P.-S. — Nous avons déjà reçu un versement de cent francs de notre confrère M. Hirschfeld, secrétaire de l'*American Dental Club of Paris*.

BIBLIOGRAPHIE

Das irregulare Dentin der Gebrauchsperiode.

M. P. Reich, qui est à la fois docteur en médecine et chirurgien-dentiste à Marbourg sur la Lahn, a publié chez l'éditeur Gustave Fischer, d'Iéna, un volume de 50 pages sur la *Dentine irrégulière*. Cette étude histologique et topographique de la formation dentinaire normale et pathologique comprend une introduction, un exposé des procédés en usage pour la coloration des coupes, des diverses formes de la dentine irrégulière et de la topographie de celle-ci, enfin un aperçu critique. Un index témoigne que l'auteur a consulté de nombreux écrivains qui se sont occupés de la question. 3 planches lithographiées et 20 figures en couleur complètent ce savant ouvrage, qui sera lu avec profit par tous les praticiens qui s'intéressent à l'anatomie et à l'histologie dentaire.

Maladies causées par l'abus du tabac

(2[e] *édition*)

Par le D[r] Georges Petit.

Cette brochure, qui vient de paraître, est destinée à vulgariser les inconvénients du tabac et par conséquent à en restreindre l'usage. L'auteur a réuni dans ce but tous les faits *connus jusqu'à ce jour* et nécessaires à sa thèse ; il démontre que le tabac, comme tout toxique, prépare le terrain à l'évolution morbide, que tous les organes sont plus ou moins touchés par le poison, mais que celui-ci exerce son influence nocive avec une préférence marquée sur le système nerveux : diminution de la sensibilité, affaiblissement de l'énergie intellectuelle, congestion des centres nerveux, etc.

En vente à la *Société contre l'abus du tabac*, 12, rue Jacob, Paris.

Nouveau journal.

Il se publie à Tokio (Japon) un journal dentaire japonais dirigé par M. Morinosuke Chiwaki, dont tous les articles sont dus à des praticiens japonais. Cette revue mensuelle est intitulée *The Shikwa Gakuho*.

Livres reçus.

Nous avons reçu du Dr Hans Pichler, de Vienne, un opuscule intitulé (traduction) : Deux nouveaux instruments pour finir les obturations.

Livres offerts par Mme Laurent Bassereau, d'Angers, à l'École dentaire de Paris.

Traité complet de l'art du Dentiste (1833), F. Maury	2	vol. et 1 vol. pl.
— — — — (1841) —	2	— 1 — —
Manuel de Prothèse, par Oakley Coles........	1	—
Des dents et de leurs maladies, par J.-E. Oudet.	1	—
Les accidents de dentition, par Delabarre fils....	1	—
Traité de l'art du Dentiste, par Lefoulon.......	1	—
— — — par Harris et Austen.	1	—
Science et art du Dentiste, par Désirabode......	1	—
Des anomalies dentaires, par A. Forget.........	1	—
Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste, par M. Bourdet...........	2	—
L'encyclopédie du dentiste, par W. Rogers......	1	—
Précis sur le redressement des dents, par J.-M.-A. Schange (3e édition).....................	1	—
— — — — (1841).	1	—
L'accroissement continu des dents chez les rongeurs, par J.-E. Vadet........................	1	—
Etude sur le protoxyde d'azote, par A. Duchesne.	1	—
Etudes et expériences sur la salive, par le Dr E. Magitot.....................................	1	—
Anesthésie locale, par G. Viau................	1	—
Anatomie du système dentaire, par Ph. Blandin..	1	—
Odontologie et observations sur les dents humaines, par C.-Fr. Delabarre....................	1	—
Les dents (recherches d'odontotechnie), par Benjamin Loiseau...........................	1	—
— *de la bouche,* par M. et A. Adler.......	1	—
Restaurations prothétiques, par le Dr Déjardin...	1	—
Total..........	27	volumes.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Dentiste. Fabrication de pièces. Empreinte. Pose d'appareil.

Cour de Cassation (Ch. crim.): 15 novembre 1906.

« Si la simple fabrication de pièces de prothèse dentaire ne rentre pas dans les prévisions de la loi du 30 novembre 1892, il en est différemment lorsqu'à cette fabrication se joint le fait de prendre une empreinte de la mâchoire et d'opérer la pose d'un appareil en dehors de la surveillance d'un dentiste exerçant régulièrement sa profession. »

(Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France contre Pia.)

Ainsi jugé sur le pourvoi formé contre un arrêt de la Cour d'Amiens, en date du 27 avril 1906 :

« La Cour,

» Sur le premier moyen pris de la violation des articles 2, 16, 18 et 32 de la loi du 30 novembre 1892, et de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué, insuffisamment motivé, a refusé de retenir le délit d'exercice illégal de l'art dentaire à la charge d'un individu qui, sans remplir les conditions nécessaires pour exercer légalement cet art, avait pris dans la bouche de ses clients les empreintes nécessaires à la fabrication d'appareils dentaires, et en avait, après la fabrication, opéré la pose :

» Vu lesdits articles ;

» Attendu que le jugement dont l'arrêt attaqué s'est approprié les motifs constate que Pia possède à Beauvais un atelier spécial de prothèse dentaire et qu'il s'y livre à la fabrication de certaines pièces qu'il pose ensuite, après avoir au préalable, et s'il y a lieu, pris l'empreinte de la mâchoire de ses clients ; mais qu'aucun fait de soins donnés aux dents n'a pu être relevé contre lui, en dehors de cette fabrication ;

» Attendu que, si la simple fabrication de pièces de prothèse dentaire ne rentre pas dans les prévisions de la loi du 30 novembre 1892, il en est différemment lorsqu'à cette fabrication se joint le fait de prendre une empreinte et d'opérer la pose d'un appareil en dehors de la surveillance d'un dentiste exerçant régulièrement sa profession ; que l'ensemble des circonstances constatées souverainement par l'arrêt attaqué constitue, à défaut même de tous autres soins donnés aux dents, la pratique de l'art dentaire et, par suite, de la part de Pia, l'exercice illégal de cet art ;

» Par ces motifs,

» Et sans qu'il y ait lieu de statuer sur le second moyen du pourvoi ;

» Casse. »

Rapporteur : M. Roulier, conseiller ; Plaidant : Me Raynal, avocat ; Min. publ. : M. Lombard, av. gén.

(*La loi*, 25 avril 1907.)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère Gaston Gatin, ancien élève de l'École dentaire de Paris, chirurgien-dentiste au Mans, enlevé prématurément dans sa 28e année.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

*
* *

Nous apprenons également le décès du père de notre distingué confrère M. Geo. Roussel, président de l'American Dental Club of Paris. M. Roussel père est mort subitement au milieu des siens, dans une réunion de famille le 1er janvier.

Nous adressons à M. Geo. Roussel et à sa famille l'expression de notre vive sympathie et nos sincères condoléances.

NOUVELLES

On lit dans *La Patrie* du 29 novembre 1907 :

Nos consuls à l'étranger.

D'un abonné :

« Lorsqu'à l'étranger un Français a besoin de s'adresser à son consul, il n'est pas toujours bien reçu. Un exemple :

» Mon fils Lanos a passé ses examens de chirurgien-dentiste devant la Faculté de médecine de Paris. Muni de son diplôme, il est allé en 1905 à l'Ecole dentaire de Chicago, où il est resté deux années. Voulant aller dans une autre école dentaire à Philadelphie, avant son retour en France, pour perfectionner son instruction, il alla trouver avant son départ de Chicago le consul de France, afin de faire légaliser la signature de M. Brophy, célèbre chirurgien américain, connu dans le monde, directeur de l'école et signataire du diplôme.

» Le consul refusa, en disant « qu'il ne connaissait aucun des noms, pas même celui de Brophy ». Il ajouta qu'on pourrait tout aussi bien faire signer une facture par l'épicier du coin et demander de la faire

légaliser. Il déclara ensuite « qu'il ne savait pas si le diplôme n'était pas faux ». Enfin, il réclama la signature du maire de Chicago ou du gouverneur de l'Etat.

» Mon fils perdit quatre jours à attendre la signature du maire de Chicago, qui était absent. Au bout de quatre jours, il revint au consulat, où le consul voulut bien se montrer plus conciliant.

» Mais, entre temps, ce personnage s'était permis d'émettre vis-à-vis des écoles de Philadelphie des allégations erronées, démontrant qu'il ignorait absolument ce qui s'y passe. »

Notre correspondant ajoute que pendant que son fils attendait le bon plaisir du consul de France, ses camarades hollandais et italiens de la même école obtenaient sur-le-champ de leurs consuls la signature qu'ils sollicitaient. Tout cela ne nous étonne pas, hélas !

Fête annuelle des Etudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

A l'instar des Ecoles nationales, qui, chaque année, donnent une fête annuelle, les élèves de seconde année de l'Ecole dentaire de Paris se sont réunis et ont nommé un Comité d'organisation ainsi constitué :

Président : Mousis.
Vice-président : Delaplanche.
Trésorier : Paul Francis Jean.
Secrétaire : Mallard.

MEMBRES :

Callaud, Cotel, Gabriel Deniau, Doniau, Duittoz, Fonsèque, Georges, Guichard, Heïdé, Kirsch, Mauron, Tilley.

Le Comité a élaboré un programme qui sera publié ultérieurement.

Cette fête aura lieu le 29 février dans la salle des « Ingénieurs Civils », 19, rue Blanche.

Le Comité.

On peut se procurer des cartes d'entrée en s'adressant aux membres du Comité à l'Ecole dentaire, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

28e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

ETUDE COMPARATIVE DES DENTS HUMAINES DANS LES DIFFÉRENTES RACES [1].

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Si de nombreux mémoires ayant trait à la morphologie des dents humaines ont été publiés dans tous les pays, il faut constater que les travaux *d'ensemble* font pour ainsi dire presque absolument défaut.

Les Etats-Unis seuls possèdent un travail intitulé *Dental Anatomy*, que les Américains considèrent comme réalisant tous les desiderata.

Malheureusement, ce traité, qui se trouve entre les mains de tous les étudiants, soit des facultés de médecine, soit des écoles dentaires étrangères, qui est compulsé par les anthropologistes dans la plupart des pays, est susceptible de certaines critiques que je vais exposer dans ce travail.

Le livre du Professeur Black, qui, aux yeux de ses compatriotes, représente la quintessence des connaissances anatomiques de la dent humaine, a certainement, lors de son apparition, ouvert des horizons nouveaux, mais, de là à le considérer comme un critérium, il y a loin, car l'on constate dans l'ouvrage du savant professeur de l'Université

1. Ce mémoire a été couronné par la Société d'Anthropologie.

de Chicago des lacunes, des omissions que l'on ne peut comprendre.

Les trois griefs principaux que je me permettrai, au cours de ce mémoire, de faire au professeur Black peuvent se résumer ainsi :

1° L'auteur, avant de donner ses résultats, a omis de faire connaître le nombre des crânes qui lui ont servi pour effectuer ses mensurations, tant des dents temporaires que des dents permanentes ;

2° Il n'a pas mentionné quelles races avaient été étudiées ;

3° Enfin, il n'a pas indiqué le sexe.

Ces trois griefs peuvent donc être résumés de la façon suivante : *Des conclusions aussi affirmatives que celles que donne Black (moyennes, maxima, minima) ne peuvent être acceptées comme valables qu'autant que l'on peut établir un pourcentage qui fait absolument défaut dans la* Dental Anatomy.

Ces conclusions varieront du tout au tout suivant les races qui auront été étudiées en même temps que par rapport au sexe.

On pourra voir plus loin, par les mensurations que j'ai effectuées sur les dents dans toutes leurs dimensions *coronaires*, que l'on peut arriver, en coordonnant celles-ci, à prouver, si doute il y a au sujet du sexe, vu l'absence du squelette, qu'un crâne étudié appartenait à un homme ou à une femme.

Au cours de ce travail, j'ai cherché autant que faire se pouvait à bien mettre en évidence certaines particularités morphologiques qui avaient été discutées ou n'avaient pas encore été signalées. Je me suis même vu entraîné à sortir un peu du cadre exclusivement dentaire que je m'étais primitivement tracé et à étudier certaines dimensions crâniennes et maxillaires jusqu'ici laissées dans l'ombre, mais qui présentent un grand intérêt aussi bien pour l'anthropologiste que pour le dentiste.

Grâce à l'amabilité habituelle de M. le Professeur

Hamy, j'ai pu depuis plusieurs années travailler tout à mon aise au Laboratoire d'Anthropologie du Muséum et profiter ainsi des richesses qui y sont accumulées.

C'est ainsi que j'ai pu faire dans les différentes races un choix judicieux des plus beaux crânes à dentition complète, étudier à fond cette dernière et rédiger ce travail qui, je l'espère, pourra rendre quelques services aux recherches anthropologiques.

Avant de donner connaissance des milliers de mensurations que j'ai effectuées, il est, à mon avis, indispensable de dire de quelle façon j'ai opéré, et surtout d'expliquer la terminologie que j'ai utilisée.

Toutes les mensurations purement dentaires ont été faites au moyen du pied à coulisse permettant de prendre toutes les épaisseurs, aussi bien dans les diamètres les plus larges (bord libre, diamètres mésio-distal, jugo-palatin) qu'au niveau du collet, là, où la dent, venant à se rétrécir, nécessite l'emploi de branches de compas différentes. Ces mensurations sont calculées en millimètres et en dixièmes, ce qui était absolument indispensable pour parvenir à un résultat absolument exact.

Dans les tableaux des mensurations dentaires j'ai réservé pour chaque dent une colonne spéciale au titre de l'abrasion. Suivant que celle-ci existait à un degré plus ou moins accentué, elle a été indiquée par une croix suivie d'un des chiffres 1, 2, 3, 4. Lorsque la dent était intacte, la case réservée à celle-ci restait vide.

Considérant que, pour un semblable travail, il est de toute nécessité d'employer des termes exacts, précis, ne prêtant pas à confusion, j'ai utilisé la terminologie *anglo-saxonne,* à l'encontre de celle qui sert en anthropologie. Je considère en effet cette dernière comme absolument insuffisante et je ne saurais trop m'élever contre la proposition faite au dernier congrès médical de Lisbonne par un stomatologiste, qui pense que la terminologie dentaire doit être réduite à sa plus simple expression. Je n'admets pas pour ma part les termes proposés d'*antérieur* et de *posté-*

rieur, d'*externe* et d'*interne*, qui ne peuvent que prêter à confusion pour l'étude des dents, car ces organes ne peuvent être assimilés aux os comme structure ou même comme forme. En outre, et c'est là le point capital de mon opposition à la simplification de la terminologie dentaire, les dents sont disposées de telle sorte dans la cavité buccale qu'elles forment pour ainsi dire une entité. Celle-ci sera représentée par une figure géométrique tellement particulière que, si elle est conservée intacte, si elle n'est pas déployée pour être transformée en ligne droite, un terme morphologique qui sera parfait pour une face d'incisive, par exemple, ne sera plus approprié à la même face d'une molaire.

Cette entité formée par la réunion parfaite et le contact intime de toutes les dents donnera naissance à l'arcade dentaire qui sera, suivant les sujets, plus ou moins arrondie ou divergente ou encore à bords postérieurs parallèles.

Cette arcade doit être conservée intacte et chacun des éléments qui la composent doit être étudié au point de vue de ses faces par rapport à la situation *exacte* qu'il occupe.

Deux exemples peuvent, à mon avis, suffire à démontrer que la simplification de la terminologie dentaire actuellement employée en odontologie ne donnerait que des résultats défectueux : ainsi, la face visible de l'incisive centrale supérieure, que l'odontologiste appelle face labiale, porterait en anthropologie la dénomination de face antérieure. Cette même face, considérée par le dentiste comme face jugale pour les molaires, deviendra pour l'anthropologiste la face externe, et la dénomination d'antérieure, que ce dernier avait utilisée pour l'incisive, s'applique ici à la portion de la dent qui, pour le dentiste, n'est autre chose que la face médiane.

De même, la face opposée de l'incisive, prise plus haut comme exemple, portera en dentisterie le nom de face palatine et en anthropologie celui de face postérieure.

La molaire, qui a servi de terme de comparaison avec cette même incisive, conservera la même dénomination en dentisterie pour l'étude de la même face, soit face palatine,

tandis que pour l'anthropologiste cette même face qui était postérieure pour l'incisive devient interne.

On me fera très certainement le même reproche qui a été fait à M. de Terra par M. Thévenin d'avoir employé, au cours de ce travail, la terminologie anglo-saxonne, mais je me permets de faire observer que je n'ai choisi dans cette dernière que le strict minimum de dénominations parmi la grande quantité préconisée par certains auteurs américains. Et si j'insiste sur ce point, c'est pour chercher à éviter à l'avenir des interprétations erronées ainsi que je l'ai constaté dans le travail de M. Gorjanovic-Kramberger, concernant l'étude des dents des hommes préhistoriques de Krapina.

Voici la terminologie que j'ai employée au cours de ce mémoire, ainsi que les abréviations concernant les termes utilisés :

Face labiale (F. L.). Réservée à la partie coronaire visible des incisives et des canines, soit du maxillaire supérieur, soit du maxillaire opposé.

Face jugale (F. J.). Partie de la couronne des prémolaires et des molaires des deux maxillaires qui se trouve en contact avec la joue.

Face palatine (F. P.). Partie opposée à la face labiale des incisives et canines, à la face jugale des prémolaires et molaires du maxillaire *supérieur*.

Face linguale (F. Lin). Réservée à la face opposée à la portion labiale des incisives et canines *inférieures* et à la portion jugale des prémolaires et molaires du même maxillaire.

Face médiane (F. M.). Partie de la dent qui se trouve dirigée vers le milieu des maxillaires, par opposition à la *face distante* (F. D.) qui est tournée vers le pharynx.

Diamètre médio-distant ou mésio-distal (M. D.). Espace compris entre la face médiane et la face distante d'une dent, que la dimension soit prise au bord libre, dans la plus grande largeur, ou au contraire au collet de l'organe. Cette dénomination s'applique à toutes les dents des deux maxillaires.

Diamètre labio-palatin (L. P.). Réservé aux incisives et canines seules du maxillaire supérieur. Ce diamètre ne peut être pris qu'au collet de la dent au moyen du compas à branches courbes. Il fait opposition au *diamètre labio-lingual* (L. Lin), qui appartient aux dents homologues du maxillaire opposé.

Diamètre jugo-palatin (J. P.). Réservé aux prémolaires et molaires supérieures pour indiquer l'espace compris entre la face jugale et la face palatine de chacune de ces dents. Ce diamètre doit être étudié au point le plus large, ainsi qu'au collet de l'organe.

Diamètre jugo-lingual (J. Lin.). Même diamètre que le précédent, mais réservé aux prémolaires et aux molaires inférieures seules.

Au moyen de cette terminologie, il est donc possible, si l'on travaille sur des organes séparés, comme cela se produit très souvent, d'indiquer tout de suite par une simple définition si l'on se trouve en présence d'une dent du maxillaire supérieur, ou au contraire d'une dent du maxillaire opposé. Et l'on peut ainsi éviter des erreurs quelquefois très grosses.

Je n'ai, dans le présent travail, étudié que la portion *coronaire* des dents, et les résultats obtenus comme mensurations dans les différents diamètres sont consignés dans les six tableaux numéros 2, 3, 4, 5, 6, 7. Dans ceux-ci, chaque race est étudiée séparément et les sexes sont divisés. Les mensurations masculines sont indiquées par la lettre H, tandis que celles se rapportant aux femmes sont représentées par la lettre F.

Je puis dire d'ores et déjà que de toutes ces mensurations il se dégage un fait précis concordant absolument avec la théorie émise par les différents auteurs, qui se sont occupés du volume des dents : c'est que plus les races sont élevées comme civilisation, plus les organes dentaires diminuent dans toutes leurs dimensions.

C'est parmi les Océaniens que presque tous les maxima ont été rencontrés, et j'ai constaté qu'il existe relativement

peu de différences entre les dents de ceux-ci et celles des hommes préhistoriques de Menton ou de Krapina. Je comparerai du reste un peu plus loin les diverses dimensions des dents dans les races inférieures actuelles avec celles des hommes de Krapina.

La première partie de ce travail a pour objet la mise en lumière des erreurs rencontrées dans le livre de Black. J'ai dressé à cet effet une table spéciale n° 1, dans laquelle les mensurations que j'ai obtenues sont inscrites dans la 2e colonne par comparaison avec celle de Black qui sont dans la 1re. On peut voir par cette table que j'ai bien spécifié dans quelles races les maxima et les minima ont été obtenus pour chaque dent. De façon à ne pas créer de confusion, je n'ai pas signalé le sexe sur ce tableau, me basant sur les planches 2 à 7 qui permettent de trouver tout de suite les quelques points pouvant paraître obscurs.

Si l'on examine les dents sur les faces labiale et jugale au point de vue de la hauteur de l'émail, on constate que pour l'incisive centrale supérieure le maximum de 13 mill. est rencontré chez un Soudanais, tandis que le minimum, représenté par 9 mill., revient à un Français.

Il va de soi que pour cette mensuration spéciale, qui n'a pas été signalée plus haut lors de la description des différents diamètres ou faces, il n'a été tenu compte que des organes absolument intacts, ne présentant pas la moindre trace d'abrasion mécanique. Si celle-ci existait, elle était signalée, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, par une croix suivie d'un des chiffres 1, 2, 3 ou 4 suivant la disparition de l'émail.

L'incisive latérale aura 12,3 de maximum chez le même Soudanais qui vient d'être cité, tandis que le minimum de 7 mill. appartiendra à un Français.

La canine donnera 14 de maximum chez un Mongol et 8 de minimum chez un Mindanais.

La première prémolaire accusera 10,6 de maximum chez un Javanais et 7 de minimum chez un Français.

La deuxième prémolaire verra son maximum porté à 10,3

chez un Tasmanien et son minimum ne pas dépasser 6,3 chez un Français.

Enfin, pour les molaires, nous voyons la première de ces dents présenter un maximum de 9,4 chez un Tasmanien, tandis que le minimun appartient à un Français avec 5 mill.

La deuxième molaire diminuera un peu de hauteur, car le maximum trouvé le sera chez un Cosaque avec 8,5, tandis que le minimum se relèvera un peu avec 6 chez un Français.

La troisième molaire est si fréquemment absente et présente, lorsqu'elle existe, de telles atrophes qu'elle a pour ainsi dire été laissée dans l'ombre.

(A suivre.)

DE L'UTILITÉ DE LA CLASSIFICATION DÉCIMALE EN ODONTOLOGIE ET EN STOMATOLOGIE

Par M. HUET (de Bruxelles).

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

Il y a quelque dix ans, lors de mes débuts dans la carrière, je me trouvais avoir des loisirs que je consacrais à étendre le cercle de mes connaissances, à me perfectionner dans l'étude et à approfondir certains problèmes scientifiques.

Pour y arriver, je fréquentais avec assiduité les bibliothèques médicales, dans lesquelles je suivis, assez facilement, le mouvement de la littérature spéciale contemporaine. Mais le temps dont je disposais devint assez rapidement insuffisant ; bientôt je ne pus plus me permettre ces déplacements ce qui m'obligea à me constituer une bibliothèque particulière et à augmenter le nombre des périodiques auxquels j'étais déjà abonné.

L'illusion que je m'étais créée, d'user avec facilité des documents dont je disposais, fut de courte durée ; car, la multiplicité des traités, des revues, des journaux, la complexité des problèmes soulevés, la difficulté de relier entre eux les éléments d'une même question, furent bientôt autant d'objections ou d'obstacles.

Force me fut donc d'établir des notices bibliographiques et de les classer par ordre méthodique.

Conformément aux décisions prises par divers Congrès internationaux, la notice bibliographique, dont le but est d'individualiser une œuvre intellectuelle écrite, doit en établir le casier ou état civil.

Elle doit être *exacte* et *aussi complète que possible* pour épargner à la science les recommencements qui lui sont si nuisibles.

Au minimum il faut qu'elle comporte :

Le nom de l'auteur.

Le titre exact et complet.

L'adresse de l'éditeur.

La date de la publication.

Le format, le nombre de pages, le prix.

(S'il s'agit d'un article, le titre exact et la pagination du périodique d'où l'article est tiré.)

Enfin l'indice bibliographique.

La disposition sur fiches séparées de ces notices bibliographiques me donnait les avantages suivants :

1° Intercalation successive et au jour le jour de nouveaux renseignements ;

2° Maintien du classement d'une façon constante dans un ordre strictement rigoureux ;

3° Accroissement indéfini du nombre de renseignements ;

4° Utilisation immédiate et à tout moment des renseignements déjà recueillis, sans qu'il soit nécessaire d'attendre l'achèvement du travail commencé.

Une fois colligées il me restait à classer ces notices.

Après divers essais de classification, aussi infructueux que multiples, j'en arrivai à adopter définitivement l'indexation décimale, imaginée par l'Américain DEWEY.

Voici en quelques mots, esquissé aussi rapidement que possible, le système auquel je me suis rallié :

La classification décimale des documents bibliographiques est réalisée à l'aide de nombres classificateurs, susceptibles d'être placés dans un ordre rigoureusement déterminé, et se prêtant cependant à une intercalation indéfinie de nouveaux documents, sans troubler l'ordre des classements précédents.

Pour établir la série des nombres classificateurs, on a supposé l'ensemble des connaissances humaines, divisé en groupes, formant dix grandes classes entre lesquelles on a réparti tous les sujets qui peuvent faire l'objet d'une œuvre intellectuelle.

Chacune de ces classes est partagée à son tour en dix subdivisions.

Aussi bien chacun des dix premiers groupes auxquels correspondent les grandes subdivisions des connaissances humaines peut être considéré comme une fraction décimale

de l'universalité de nos connaissances, dont l'ensemble serait représenté par l'unité.

0,1 Philosophie.
0,2 Religion, théologie.
0,3 Sciences sociales, etc.

Dans la pratique, et pour simplifier, on écrit :

0. Ouvrages généraux.
1. Philosophie.
2. Religion, Théologie.
3. Sciences sociales, Droit.
4. Philologie.
5. Sciences naturelles.
6. Sciences appliquées.
7. Beaux-Arts.
8. Littérature.
9. Histoire et Géographie.

Chaque groupe se subdivise en dix parties, qui, à leur tour, sont susceptibles de prendre des subdivisions nouvelles.

C'est ainsi que le 6 « Sciences appliquées » se subdivise en

61. Médecine.
62. Art de l'Ingénieur.
63. Sciences agricoles.
64. Economie domestique.
65. Commerce, Transport.
66. Industries chimiques.
67. Manufactures et produits manufacturés.
68. Professions et métiers.
69. Construction.

Et, en appliquant une subdivision nouvelle, le 61 « Médecine » se trouve être ainsi décomposé :

611. Anatomie.
612. Physiologie.
613. Hygiène privée.
614. Hygiène publique.
615. Thérapeutique, Pharmacie.
616. Pathologie interne.
617. Chirurgie.
618. Gynécologie.
619. Médecine comparée, Art vétérinaire.

Chacune de ces subdivisions tertiaires du 6 peut à son tour subir une fragmentation d'ordre décimal. Et de même que l'on a subdivisé le 611 « Anatomie » en :

611.1 Appareil circulatoire.
.2 » respiratoire.
.3 » digestif.
.4 » lymphatique.
.5 Dermatologie.
.6 Système génito-urinaire.
.7 Organes locomoteurs.
.8 Systèmes nerveux.
.9 Maladies générales et infections.

Il se trouve que le 616, qui exprime la Pathologie, pourra se subdiviser de la même façon.

Nous en arrivons ainsi à exprimer par 616.3 les maladies de l'appareil digestif.

Le 616.3 est susceptible de se subdiviser à son tour, en

616.31 Bouche.
616.32 Pharynx, etc.

Et par une nouvelle fragmentation :

616.311 voudra dire : muqueuse buccale, gencives.
.312 exprimera : plancher de la bouche.
.313 signifiera : langue.
.314 représentera : les dents.
.315 » les amygdales.
.316 » les glandes salivaires.
.317 » les lèvres.
.318 » les joues.

Ces indexations sont déjà complexes; elles sont pourtant insuffisantes, comme je vais vous le démontrer.

C'est pour cette raison que j'ai soumis, à l'Institut International de bibliographie, un projet de mise au point du 616.314 *Odontologie*, comprenant une nomenclature minutieuse de toutes les parties de la dent, ainsi qu'une énumération complète de toutes les dents temporaires et permanentes, ce qui donne la possibilité de pousser la classification à un degré extrême.

J'ai la satisfaction de vous annoncer que cette classifica-

tion a été adoptée par l'Institut International de bibliographie et qu'elle est, dès lors, en voie de devenir universelle, comme la classification décimale elle-même.

Je n'ai pas voulu que vous appreniez par voie indirecte ce nouveau progrès et j'ai tenu à vous en réserver la primeur.

Examinons maintenant les développements dont est susceptible le 616.314 *Odontologie.*

616.314.1 *Affections des diverses parties de la dent.*

.11 Couronne.
.12 Cuticule de l'émail.
.13 Email.
.14 Ivoire, dentine.
.15 Collet.
.16 Racine, cément.
.3 Canaux radiculaires.
.5 Apex.
.17 Périoste, ligament.
.18 Pulpe.
.19 Follicule dentaire.

616.314.2 *Affections des dents permanentes.*

616.314.3 *Incisives.*

.31 Incisives centrales.
.311 Incisives centrales supérieures.
.312 Incisive centrale supérieure droite.
.313 Incisive centrale supérieure gauche.
.315 Incisives centrales inférieures.
.316 Incisive centrale inférieure droite.
.317 Incisive centrale inférieure gauche.
.32 Incisives latérales.
.321 Incisives latérales supérieures.
.322 Incisive latérale supérieure droite.
.323 Incisive latérale supérieure gauche.
.325 Incisives latérales inférieures.
.326 Incisive latérale inférieure droite.
.327 Incisive latérale inférieure gauche.

616.314.4 *Canines.*

.41 Canines supérieures.
.42 Canine supérieure droite.
.43 Canine supérieure gauche.
.45 Canines inférieures.

.46 Canine inférieure droite.
.47 Canine inférieure gauche.

616.314.5 *Molaires en général.*
616.314.6 *Petites molaires.*

.61 Première petite molaire.
.62 Deuxième petite molaire à subdiviser comme 616.314.3.

616.314.7 *Grosses molaires* à subdiviser comme 616.314.3
616.314.8 *Dents de sagesse* — — 616.314.4
616.314.9 *Affections des dents temporaires.*

J'en arrive aux subdivisions analytiques : Celles-ci sont constituées par des nombres commençant par zéro et destinés à être placés, sans interposition de parenthèses, *à la suite* des nombres classificateurs donnés par la table générale.

Ces nombres forment des subdivisions communes, permettant de spécifier d'une façon uniforme certaines particularités du sujet que l'on considère.

Ils sont utilisés pour faciliter l'application d'embranchements par soudure.

C'est ainsi que dans le 61 : médecine et ses dérivés, on trouve les subdivisions suivantes :

001. Lésions traumatiques.
002. Lésions microbiennes, infections.
003. Lésions anatomiques.
004. Scléroses.
005. Hémorragies.
006. Tumeurs.
007. Vices de conformation.
008. Sénéiologie.
009. Troubles nerveux.

Par le simple zéro (division par maladies) on exprime :

02. Étiologie.
03. Formes spéciales des maladies.
04. Complications.
05. Evaluation.
06. Pronostic.
07. Diagnostic.
08. Traitement.

De plus, des TABLES AUXILIAIRES, applicables à toute la classification, nous donnent :

1° Par le zéro entre parenthèses (0) les subdivisions de *formes* et de *généralités*.

Ex. : Traité d'art dentaire = 616.314(02).

2° Les subdivisions *de lieu* (2 à 9) le chiffre entre parenthèses.

Ex. : L'art dentaire en France = 616.314 (44).

3° Les subdivisions de *temps* par les guillemets « 1907 », etc., etc.

Les tables originales de l'Institut s'arrêtaient à 089 traitement chirurgical, et, en subdivisant :

08927 obturation.
08928 prothèse.

Je soumis alors le projet de pousser plus loin les subdivisions relatives à la prothèse : 08928, en proposant la classification suivante :

08928.1. Dents à pivots.
08928.2. Couronnes.
08928.3. Bridges.
08928.5. Dentiers.

La complexité des questions qui se rapportent à la prothèse ne permettant pas, à moins d'encombrement inextricable, de recourir à la fragmentation des chiffres indicateurs, le comité directeur de l'Institut voulut bien m'accorder, à cette fin, des indices supplémentaires.

Cette solution, bien qu'avantageuse, ne résolvait pas encore toutes les difficultés ; aussi je demandai et j'obtins de pouvoir user des indices juxtaposables.

Le signe ×, propre à 08927 obturation et à 08928 prothèse, permet d'obtenir une multiplicité des indices classificateurs que j'estime actuellement suffisante.

Par adjonction du signe × nous arrivons à subdiviser en :

08928×1. Substances employées.
×2. Préparation.
×3. Fabrication.
×4. Achèvement.

×5. Fixation.
×6. Genre, espèce.
×7. Instrumentation.
×8. Entretien.
×9. Réparation.

Et en poussant plus loin encore la subdivision j'obtins :

08928×1. *Substances employées.*

08928×11. *Dents artificielles.*

×111. Dents artificielles à crampons de platine.
×112. — — — en alliage.
×113. — — démontables.
×114. — — diatoriques.
×115. — — à gencives-blocs sectionnels.
×116. — — à tube.
×117. — — plates.
×118. — — entières ou à talon.
×119. Autres.

×12. *Substances plastiques.*

×121. Cire.
×122. Paraffine.
×123. Gutta.
×124. Gélatine.
×125. Caoutchouc-vulcanite.
1 Rouge.
2 Noir.
3 Blanc.
4 Rose.
5 Mou.
×126. Celluloïd.
×127. Moldine.
×128. Substances et empreintes.
×129. Autres.

×13. *Substances à préparer.*

×131. Plâtre.
×132. Silicate.
×133. Amidon.
×135. Ciment.
5 Ciment porcelaine.
×136. Gélatine-colle.

×14. *Porcelaine.*

1 à haute fusion.

2 à basse fusion.
5 préparés (bloc-pointe-cône).
9 préparations spéciales.

×15. *Substances métalliques.*

×151. Or.
2 Or mou ou non adhésif.
3 Or adhésif.
4 Or spongieux.
5 Or submarine.
×152. Platine.
×153. Argent.
×154. Etain.
×155. Amalgame-alliage.
×156. Fer-acier.
×157. Plomb-cuivre-zinc.
×158. Aluminiun.
×159. Autres métaux.

×16. *Substances diverses.*

×161. Carton.
×162. Cuit.
×163. Bois.
×164. Ivoire-os.
×165. Ivoire artificiel.
×166. Verre-cristal.

×17. *Procédés mixtes.*

×171. Or et étain.
×172. Gutta métallique.
×174. Céramo-métallique, continuons-gum.
×175. Vulcano-métallique.
×176. Ciment amalgame.
×179. Divers.

08928×2. *Préparation.*

×21. Préparation de la bouche, de la cavité, de la racine frottage.
×22. Modèles.
×22. 2 Réparation du modèle, enduit.
×22. 5 Durcissement.
×23. Empreinte, matrice.
×24. Articulation, occlusion.
×25. Moulage, surmoulage, reproduction.

×26. Modelage.
×27. Montage, ajustage, moulage, disposition.
×28. Renforcement.
×29. Manipulation, mélange.

08928×3. *Fabrication-construction.*

×31. Estampage.
×32. Coulage, fonte.
×33. Bourrage.
×34. Contreplaquage.
×35. Soudure.
×35. 1 Revêtement.
×36. Affinage, épuration, recuit, laminage, étirage.
×37. Coloration.
×38. Cuisson, fusion, vulcanisation.

08928×4. *Achèvement.*

×41. Nettoyage, décrochage.
×42. Limage, meulage.
×43. Trempe.
×44. Aiguisage.
×45. Galvanoplastie, peinture, vernissage.
×46. Polissage.
×47. Brunissage.
×48. Retouches.
×49. Perfectionnement.

08928×5. *Rétention, fixation, placement, adaptation.*

×51. Rétention.

×51.1 Par adhérence.
×51.3 Par succion.
×51.4 Par crochets, anneaux, bagues, crampons.
×51.5 Par ressorts.
×51.6 Par rugosité, par rainures.
×51.7 Par le poids.
.8 Par un autre appareil de prothèse.
.81 Par pivot.
.82 Par couronne.
.84 Par inlay.
.85 Par obturation.
.9 Par un autre procédé.

×52. Adaptation, placement.
×55. Fixation.

×55.3 Par la gutta.
×55.5 Par le ciment.
×57. Point d'appui.

08928×6. *Genre, espèce, système.*

×61. Invisible, transparent, hygiénique, physiologique.
×62. Plein.
×63. Creux.
×64. Amovible, mobile, dirigeable, démontable.
×65. Fixe.
×66. A articulation, à charnière, à rotule, à bords parallèles, à demi-cellier, à bague, à ruban, à gaine, jaquette, coquille, télescope, fenestrée.
×67. Incrustation, inlay.
×67. 2 Inlay coulé.
×67. 3 — creux.
×67. 6 — meulé, ajusté.
×68. Reconstitution, restauration partiel ou total, complet, à prolongement, étendu, à selle.
×69. Formes spéciales.
×69. 1 A action continue.
×69. 2 — intermittente.

08928×7. *Instrumentation.*

×75. Instruments de vérification.

08928×8. *Entretien.*

×81. Désinfection.
×82. Soins de propreté, conservation.
×85. Altération par l'usage.
×86. Utilisation.

08928×9. *Réparation.*

Les indices étant juxtaposables, les conceptions à vues les plus étendues, de même que les plus subtiles et les plus ultimes, les divisions et les subdivisions qui peuvent en découler, se classent aisément. Il en résulte que les questions les plus complexes, trouvent leur ordre de classification tout naturellement.

Exemples :

Les inlays d'or

616314	. 08927	× 151	× 67
odontologie	obturation	or	inlay

Les bridges en or coulé

616314 . 08928.3 × 151 × 32
bridge or coulage

Réparation de dentier en vulcanite

616314 . 08928.5 × 125 × 9
dentier vulcanite réparation.

En terminant, je me permets d'insister sur l'importance que les œuvres bibliographiques ont acquise, de nos jours.

En aucun temps, les vues n'ont eu une telle ampleur.

La science progresse par les efforts des savants de tous les pays et de toutes les spécialités.

Il importe donc à l'homme d'étude de rechercher les travaux de ses prédécesseurs et de se tenir au courant de ceux de ses contemporains, pour les utiliser et pour pousser plus loin l'investigation scientifique, en évitant des répétitions involontaires et des pertes de temps.

De tout ce que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer ressortent deux points saillants : le caractère éminemment extensible de la classification décimale et son itinération inéluctable à travers les peuples et à travers les âges.

En apprenant à la connaître mieux, j'ai été amené tout naturellement à y apporter ma modeste contribution et c'est le résultat de plusieurs années de labeur que je viens de vous exposer.

Si je suis parvenu à vous convaincre des avantages certains, positifs, acquis désormais, de la classification décimale, je ne doute pas qu'en adoptant ma manière de voir vos puissantes associations ne jouent un rôle décisif dans la science dentaire.

Collectionner les revues odontologiques, les classer, les indexer, faire bénéficier la masse de vos membres du travail collectif, voilà l'idéal.

En effet, si par voies d'échanges, nous arrivions à correspondre avec nos collègues d'outre-Atlantique, avec ceux d'Angleterre, de Suisse, d'Autriche, etc., nos collections s'enrichiraient dans des proportions que nous ne pouvons

prévoir et constitueraient une source de renseignements des plus précieuse.

C'est aux Associations françaises d'Odontologie et de Stomatologie que cette tâche est dévolue. — C'est à elles de faire briller l'étincelle qui mettra en mouvement les forces intellectuelles de toutes les Nations et c'est à elles aussi que la science dentaire et stomatologique sera redevable de ce réel progrès.

Messieurs, c'est le vœu que je forme en terminant. Si vous voulez bien vous y rallier, je serai excusé d'avoir retenu aussi longuement votre attention.

PROCÉDÉ POUR FABRIQUER RAPIDEMENT DES BRIDGES ET PIÈCES EN OR PAR LA MÉTHODE DE LA COULÉE SOUS PRESSION

Par M. DELVIESMAISON, de Bruxelles.

Ayant eu l'occasion d'expérimenter au commencement de novembre dernier, la méthode de M. Solbrig, pour la fabrication des blocs d'or, j'ai pensé qu'il serait possible, par le même moyen, d'obtenir des bridges d'une ou de plusieurs dents et même des pièces complètes, et voici après les quelques tâtonnements nécessaires du début, le résultat auquel je suis arrivé :

1°. — La première expérience que je fis fut la fabrication d'une petite pièce d'une dent molaire avec deux crochets.

Après avoir préparé la pièce (une dent molaire et deux grands crochets, plat et rond), comme pour le travail à la vulcanite, je fixai en un endroit de la cire une tige métallique ayant deux ou trois millimètres d'épaisseur et deux et demi centimètres de longueur.

Dans un tube d'acier d'environ cinq centimètres de haut et trois ou quatre centimètres de largeur, je versai du plâtre de revêtement jusqu'aux deux tiers de sa hauteur ; j'y déposai ensuite la petite pièce et continuai à verser du plâtre en prenant naturellement les précautions nécessaires pour qu'il ne se forme pas de bulles. L'extrémité de la tige arrivait à niveau du bord supérieur du tube d'acier.

Quand le plâtre fut presque sec, avec un canif je taillai autour de la tige un entonnoir jusqu'à mi-hauteur de la tige. Il ne restait plus alors qu'à retirer la tige, à chauffer graduellement de plus en plus fort et bien dessécher le plâtre sur un petit fourneau. Ayant ensuite placé de l'or dans l'entonnoir, je chauffai fortement, et dès qu'il fut bien liquéfié, j'appliquai sur le rebord du tube d'acier un gros bloc de fonte sur lequel j'avais fixé un gros morceau

d'amiante imbibé d'eau. La fonte par son poids fit l'office de presse. Je laissai refroidir et j'obtins de cette façon une petite pièce parfaite.

La dent, les crochets, étaient bien adhérents. La dent

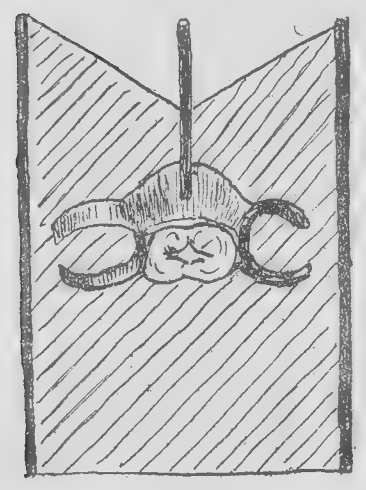


Fig. 1.

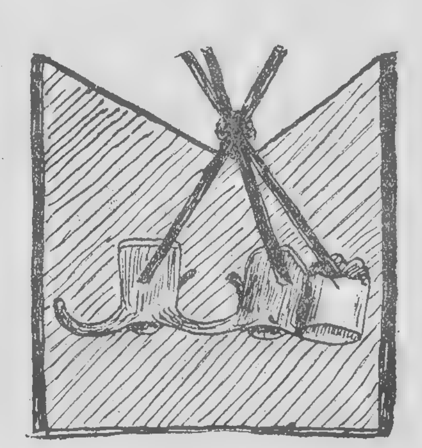


Fig. 2.

n'avait pas la moindre trace de fêlure. Encouragé par ce résultat, j'essayai un ouvrage un peu plus compliqué.

2°. — Dans le deuxième cas il s'agissait d'une pièce de trois dents et deux crochets, dont une couronne en or et une dent à pivot.

Pour la *couronne*, je fis une bague par le procédé ordinaire, j'ajustai au-dessus de la cire que je façonnai convenablement, je fixai dans la cire deux petits œillets en fil d'or pour servir plus tard de moyens de rétention.

Pour la *dent à pivot*, j'ajustai la bague, le pivot et la dent, et fixai le tout avec de la cire.

Après avoir complètement façonné la pièce, je m'aperçus que l'or ne pourrait couler partout. Il y avait trois parties de cire isolées. Je décidai de mettre trois fils métalliques, donc d'établir trois canaux de coulée. Voici comment je procédai :

Les trois fils métalliques d'environ trois centimètres de longueur, ayant été chauffés légèrement à une de leurs

extrémités et passés sur de la cire à coller, furent fixés aux trois endroits isolés de la pièce.

Comme il s'agissait d'avoir les ouvertures des canaux au fond de l'entonnoir pour que la coulée fut égale partout, je croisai les trois fils à un bon demi-centimètre de leur extrémité supérieure et les attachai ensemble avec une gouttelette de cire à coller. Grâce à cet artifice, je pus facilement manier la pièce sans crainte de déformation. Je les déposai dans le plâtre comme plus haut et creusai l'entonnoir jusqu'à un ou deux millimètres au-dessous de leur point de réunion.

La coulée se fit très bien et j'obtins un résultat des plus satisfaisants.

3°. — Je fis ensuite un bridge comportant deux couronnes et trois dents molaires. Ici je fis cinq canaux de coulée et réussis parfaitement. Toutefois il y eut deux dents légèrement fêlées, ce que j'attribuais à ce fait qu'elles étaient trop près l'une de l'autre.

4°. — Dans ce quatrième cas j'avais à réunir sept dents

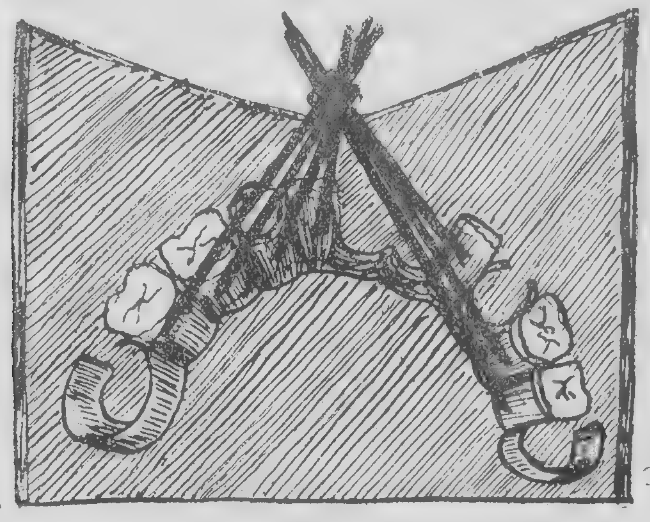


Fig. 3.

dont quatre grosses molaires et trois crochets. Pour cette pièce, je dus faire sept canaux de coulée. L'opération réussit

passablement, mais fut très laborieuse, à cause de la grande quantité d'or nécessitée et du grand moufle employé. J'ai pensé qu'il serait plus facile de faire l'appareil en trois fois. Le côté gauche d'abord, le côté droit ensuite, en ménageant à leurs parties internes des surfaces allongées et déchiquetées. Réunir ensuite les deux parties avec de la cire pour faire la partie médiane. On peut aussi si on veut un appareil avec plaque, mettre une plaque préalablement estampée. Elle se soudra parfaitement à l'or coulé, du moment qu'on la fait pénétrer un peu dans la cire.

5°. — On peut aussi faire en une seule coulée quatre ou cinq blocs, couronnes ou dents à pivot.

Quelques conditions pour bien réussir.

Les modèles en cire doivent être bien façonnés, sans bavures ni défauts, débarrassés de l'huile par un lavage à l'alcool et recouverts de plâtre au moyen d'un léger pinceau. Le plâtre de revêtement doit être bien coulé sans bulles, et séché graduellement et à fond. Toute l'humidité doit être enlevée.

Le métal de coulée doit être exempt d'impureté et très liquéfié. On peut employer de l'étain ou autre métal plastique. L'or peut être à n'importe quel titre. On peut y mettre un peu de salpêtre pour le purifier et un peu de borax pour le liquéfier plus facilement.

Autant que possible, faire la soudure des bagues là où le métal de coulée doit adhérer, il s'y attache plus facilement et cache la soudure.

En outre, il est bon d'aviver les bagues et crochets là où doit adhérer l'or coulé. On peut même y faire couler un peu de soudure avant de mettre la cire, ils tiendront ainsi plus sûrement dans la coulée.

La surface de mastication des couronnes tient mieux si on a soin de mettre en haut de la bague un léger liséré d'environ un millimètre.

Les dents artificielles doivent être éloignées les unes des autres d'environ un millimètre et bien enveloppées de plâtre. Elles se fêlent ainsi moins facilement.

Avoir soin de mettre de l'or en quantité plus que suffisante, de bien le liquéfier et de bien appliquer le bloc presse. Plus la pièce est grande, plus gros doivent être les fils métalliques pour les canaux de coulée.

Dans ce cas, si on craignait que l'or coule avant la pression, on pourrait mettre dans le fond de l'entonnoir une mince feuille d'amiante dont une des extrémités dépasserait le tube d'acier. Il suffirait de la retirer vivement au moment précis où l'on place le bloc presse.

Les pièces ainsi fabriquées se réparent facilement. Il suffit d'aviver et de déchiqueter les surfaces qu'on veut réunir ou remplir. On façonne avec de la cire et on met en moufle. Je présente le fruit de mon expérimentation aux chercheurs en leur conseillant fortement de s'engager franchement dans cette voie. Il y a là tout un avenir brillant pour la confection des pièces en or et particulièrement des bridges. Il faut noter que tous ces travaux se font avec une grande rapidité. Les pièces que j'ai fabriquées ont été exécutées complètement les unes en moins d'une heure, les autres en deux ou trois heures au plus.

Il est bon pour les grands appareils d'avoir un bon réchaud support qu'on peut chauffer avec un chalumeau de la main gauche pendant qu'avec un autre chalumeau on chauffe l'or de la main droite.

Au moyen d'un tube en T que j'ai façonné j'ai pu adapter sur mon soufflet deux chalumeaux qui fonctionnent donc avec un seul pied.

L'appareil rudimentaire dont je me suis servi se compose tout simplement :

1° D'un réchaud en fonte ayant la forme d'un pot à fleur. Je l'isole de l'établi avec une feuille d'amiante. Je le remplis à moitié de blocs de pierre ponce ou de charbon de bois, j'y mets une rondelle de tôle et d'amiante sur laquelle je dépose le moufle et j'entoure celui-ci de charbons ardents. On peut si on le désire l'entourer d'un tube en tôle ou en terre réfractaire présentant en bas quelques ouvertures pour laisser passer la flamme du chalumeau gauche ;

2° De trois ou quatre moufles. Ce sont de simples tubes d'acier assez solides ayant de cinq à six centimètres de



Fig. 4.

hauteur et de quatre, cinq, sept et neuf centimètres de diamètre ;

3° D'un bloc presse en fonte pesant trois ou quatre kilogrammes, présentant en haut une poignée et en bas une surface évasée d'environ vingt centimètres de diamètre.

Cette face inférieure est creuse et peut recevoir trois ou quatre feuilles d'amiante qu'on trempe dans l'eau avant l'emploi. Voilà, si je ne me trompe, un appareil bien simplifié et une méthode peu compliquée qui rendront néanmoins de grands services à ceux qui voudront essayer le procédé que je viens d'indiquer.

Les praticiens et mécaniciens auxquels j'ai eu l'occasion de faire voir les résultats obtenus en ont été émerveillés. Je ne puis mieux faire en terminant, que d'engager vivement les chercheurs à étudier cette partie de la prothèse dentaire, certain que je suis, que de l'ensemble des efforts sortira certainement une méthode de plus en plus facile, de plus en plus parfaite.

NOTES CLINIQUES

UNE OBSERVATION CLINIQUE AU SUJET DE DOULEURS NÉVRALGIQUES FACIALES

Par M. Hirschfeld (D. D. S. P.), Paris.

Mme A. S., âgée d'environ 30 ans, m'a été envoyée par son médecin pour faire déterminer la cause de douleurs névralgiques revenant à des intervalles réguliers et quotidiens.

La patiente d'une santé parfaite, mais de denture faible, n'a conservé toutes ses dents qu'à force de soins réguliers et constants. Le côté gauche de sa mâchoire (siège du mal) n'offre à l'examen approfondi aucune cause apparente de ces douleurs.

Toutes les dents obturées le sont par des confrères réputés ; leur aspect est irréprochable. L'état des gencives aussi bien la réaction de plusieurs dents dévitalisées ne permet guère de supposer des fautes au sujet de l'obturation des canaux radiculaires. Après avoir constaté l'absence de toute cavité nouvelle entre les dents, j'étais sur le point de déclarer que le dentiste ne saurait intervenir dans ce cas, quand mon attention se porta sur la dent de sagesse inférieure, à moitié recouverte par la muqueuse vers l'angle de la mâchoire et dans l'impossibilité matérielle de pouvoir prendre sa position normale.

Cependant la muqueuse ne montrait ni suppuration ni inflammation d'aucune sorte, et le praticien n'avait en apparence aucune raison impérieuse pour chercher là l'origine du mal.

Néanmoins, une chose me frappait :

L'articulation, en fermant les mâchoires, laissait voir distinctement que la dent de sagesse supérieure, de par sa position légèrement en dehors de la rangée, empêchait nettement la dent du bas de se placer ; la position vicieuse de la dent de sagesse inférieure n'était nullement le fait de l'exiguïté de la mâchoire.

Dans ces conditions, il fallait espérer qu'en supprimant la dent du haut, nous supprimerions d'abord une inutilité pour la mastication, ensuite une cause possible de souffrance pour la patiente.

Celle-ci avait tant souffert depuis deux mois qu'elle consentit sans aucune hésitation à se séparer d'une dent intacte dans l'espoir d'une guérison même problématique.

L'avulsion de la dent se fit avec la plus grande facilité : nous

savons tous d'avance que cette sorte de dents quitte l'alvéole sous l'action de la pince, comme mue par un ressort.

L'hémorragie arrêtée, la patiente fut renvoyée avec la recommandation de me tenir au courant des suites.

Elle m'a écrit huit jours après que ses douleurs faciales, accompagnées de migraines, avaient entièrement disparu et aujourd'hui, au bout du premier mois elles ne sont point revenues.

Si je me suis permis de porter à la connaissance de mes confrères le résultat de cette petite opération je le fais avec l'idée d'attirer l'attention sur les dents de sagesse mal placées.

Dans bien des cas, on obtiendra un soulagement par l'extraction même des dents saines, ce qui semblerait, à première vue, constituer une faute professionnelle.

REVUE DE L'ÉTRANGER

POURQUOI IL FAUT EMPLOYER UN ARTICULATEUR ANATOMIQUE.

Par A. D. GRITMAN, de Philadelphie.

Le mot prothèse veut dire remplacement ; mais d'ordinaire les dentiers ne remplissent pas toutes les conditions qu'implique ce terme. Nous pouvons imiter les dents naturelles en dimensions, forme, teinte, arrangement et satisfaire ainsi aux conditions requises par l'esthétique, mais là doit s'arrêter l'effort pour remplir ces conditions.

Quelque important que soit le côté esthétique d'une restauration dentaire, la question de son utilité est encore plus importante et, par conséquent, la confection d'un dentier qui rend au patient la fonction de la mastication aussi normale que possible est de la plus haute importante. L'arrangement et l'articulation ne reçoivent pas d'ordinaire l'attention voulue. L'articulation peut sembler exacte quand les dents sont en contact normal, mais quand la mâchoire se meut, les dents n'ont qu'un point de contact ; il en résulte que l'adhérence est rompue et les dents, au lieu d'offrir de la commodité au patient, sont une gêne pour lui. L'emploi d'un dentier complet du haut et du bas en particulier est une opération mécanique et, si l'arrangement des dents est basé sur un principe mécanique, le patient ne tire pas le maximum de commodité de leur emploi.

L'arc facial et articulateur anatomique employés comme il convient, permettent d'obtenir une articulation donnant au moins cinq points de contact pendant la mastication. Ainsi la pression étant répartie également sur les courbes d'occlusion maintient la pièce inférieure en position et empêche la rupture de l'adhérence dans la pièce supérieure. L'emploi de l'arc facial a pour but de transférer les plaques d'articulation de la bouche du patient à l'articulateur, de sorte que les moulages ont avec les pivots les mêmes relations que les bords alvéolaires ont avec les centres de l'articulation temporo-maxillaire, ce qui place les moulages dans une relation anatomique exacte l'un par rapport à l'autre.

Les dix dents antérieures du haut sont alors arrangées en relation avec l'articulation inférieure et les deuxièmes bicuspides inférieures sont dans la position convenable. Puis on place dans l'ordre suivant les

premières bicuspides, les canines, les incisives latérales et les centrales. Comme chaque dent est articulée, le mouvement d'oscillation de l'articulateur sert à déterminer sa position exacte. Les molaires inférieures sont alors disposées sur une courbe remontant légèrement vers le haut, la courbe de compensation. Les molaires supérieures sont disposées convenablement de telle sorte que, quand le maxillaire est projeté en avant et que les bicuspides sont élevées sur les pointes des cuspides, les incisives centrales et les dents postérieures sont en contact ; quand le maxillaire se meut latéralement, il y a au moins cinq points de contact.

Ainsi la confection des dentiers recevant l'attention voulue au point de vue mécanique et au point de vue esthétique, le patient en tire le maximum d'avantage et le remplacement mérite le nom d'opération prothétique.

(*Dent. Cosmos.*)

REVUE ANALYTIQUE

Influence des troubles généraux de la nutrition sur le système osseux et dentaire — Mort sous l'influence du chlorure d'éthyle. — Accident d'extraction. — Un remède héroïque. — Traitement des canaux radiculaires dans des cas compliqués. — Hygiène buccale pendant les redressements. — La paraffine caoutchoutée comme moyen de prothèse. — Le véronal dans la thérapeutique buccale. — Greffes dentaires chaudes.

Influence des troubles généraux de la nutrition sur le système osseux et dentaire.

L'auteur rappelle que le système dentaire dépendant du système osseux est, comme celui-ci, exposé à l'influence des troubles généraux. Il ne peut pas en être autrement si l'on considère que la dent est nourrie par la pulpe et le périodonte qui subissent des modifications résultant des troubles généraux. Le processus de nutrition de la substance osseuse et de la dentine étant très lent, on conçoit que l'os et la dentine se ressentent peu des maladies aiguës et subissent au contraire l'influence des affections générales chroniques. Selon l'âge, les troubles donneront des manifestations différentes. L'auteur divise donc les affections en affections du jeune âge, de l'âge adulte et de la vieillesse.

En premier lieu, il y a à noter le rachitisme en relation avec une mauvaise hygiène. Le rachitisme atteint principalement les dents temporaires, produit un retard dans l'évolution qui peut se prolonger jusqu'à l'âge de trois ans; s'il y a anomalie de position, les dents temporaires se carient et tombent de très bonne heure. La quantité des sels calcaires est diminuée et les substances organiques augmentées.

Par une amélioration de la nourriture, le système osseux peut se modifier pour les dents; la modification se fait à la dentine et au cément tandis que les défauts d'émail sont définitifs, mais il ne faut pas rejeter l'idée de l'augmentation de la densité de l'émail.

Dans l'adolescence, il faut tenir compte de la chlorose chez les jeunes filles et l'anémie chez les jeunes gens. On n'observe pas de modifications anatomiques, mais y a des signes cliniques : pour le système osseux la fatigue, les douleurs dans les jambes et la colonne vertébrale ; pour les dents l'auteur a observé un ramollissement anormal de la dentine et une prédisposition extraordinaire à la carie. Il peut se produire aussi des déviations dentaires à la suite du ramollissement de l'os.

Age adulte : l'ostéomalacie, le scorbut, l'anémie, l'obésité, la goutte et le diabète. On n'a pas d'indication, d'observation histologique sur l'état de la dentine dans les deux maladies qui intéressent le système osseux. On a observé la prédisposition à la carie dans l'ostéomalacie. Le scorbut se manifeste par des hémorragies sous-périostiques au niveau de différents os : tibia, maxillaire inférieur et voûte palatine.

Ce symptôme est très important, car il prouve que le périoste est lésé et que des troubles de nutrition osseux peuvent exister, ce qui

fait présumer que la chute des dents dans les deux affections repose sur un trouble circulatoire périostique.

Dans la goutte, l'auteur a observé que le collet des dents, principalement des grosses molaires, était à nu et malgré cela les dents étaient très bien implantées, comme ankylosées. Elles se fracturent facilement étant donné la diminution de l'élasticité.

La prédisposition du diabétique à la carie n'est pas due exclusivement à la transformation du sucre en acide lactique; à côté de la carie on observe la chute des dents qui peut avoir seulement pour cause la lésion du périodonte.

Dans la vieillesse, les modifications sont connues, la calcification exagérée de la dentine produit une prédisposition à la fracture. La dénutrition de la dent se fait soit par l'atrophie de la pulpe, soit par un trouble de vascularisation périostique qui amène la chute des dents.

L'auteur insiste sur le rapport intime qui existe entre les systèmes osseux et dentaire dans les troubles chroniques de la nutrition.

(WISSNER, Freiwaldau, *Oestereich. ung. Vierteljahr. für Zahnh.)*

S.

Mort sous l'influence du chlorure d'éthyle.

Il s'agit d'une femme qui, dans le but de se faire extraire un certain nombre de dents, se rendit le 31 août au matin à l'hôpital de Derby, dans le service dentaire; elle fut auscultée, puis soumise à l'influence du chlorure d'éthyle ; huit dents étaient déjà enlevées quand l'opérateur remarqua la pâleur de la patiente et un embarras de la respiration. L'administration de l'anesthésique fut aussitôt arrêtée, mais malgré tous les soins prodigués la patiente succomba un quart d'heure après le commencement de l'anesthésie. La mort est attribuée à une syncope due à une dégénérescence graisseuse du cœur et survenue pendant l'administration du chlorure d'éthyle. (*Dent. Surg.*)

Accident d'extraction.

Un patient de Los Angeles (Californie) se faisait extraire sept dents ; l'une d'elles glissa du davier et passa dans une bronche. Le patient s'adressa au tribunal pour demander 12.000 francs de dommages-intérêts; le tribunal condamna le dentiste à les payer. Celui-ci fit appel, mais la sentence fut confirmée en appel. (*Dent. Surg.*)

Un remède héroïque.

On lit dans le *Bulletin commercial de Pharmacie* cette note empruntée aux *Remèdes nouveaux :* « Méthode pour enlever les taches produites sur les dents par les préparations ferrugineuses. Frotter légèrement les dents jusqu'à leur col (mais une seule fois) à l'aide d'une tige enroulée d'ouate et trempée dans la solution suivante :

Acide chlorhydrique fumant............. } ãã 5 gr.
Eau distillée............................ }

M. s. a.

Faire ensuite usage, durant quinze jours, de la poudre :

Craie lavée	10 gr.
Poudre d'iris	20 »
Chlorate de potasse	5 »
Essence de menthe et carmin	q. s.

M. s. a. »

Le remède n'est-il pas un peu héroïque ?

(*Bulletin commercial,* septembre 1907.)

Traitement des canaux radiculaires dans des cas compliqués.

Une deuxième molaire inférieure gauche était cariée sur sa face buccale vers le bord cervical jusqu'au-dessous de la gencive, la chambre pulpaire était ouverte et la pulpe était morte. A cause de l'extension de la carie, il ne fallait pas songer à repousser la gencive avec un pansement ou une obturation provisoire à la gutta, pour appliquer un clamp, ou pour mettre une ligature. Il était possible d'obturer la cavité avec de la gutta, d'enlever ensuite de la couronne une obturation en forme de croix, placée onze ans auparavant, et de traiter et d'obturer les canaux par l'ouverture ainsi faite. On courait risque, il est vrai, de déplacer la gutta avec la fraise, en débarrassant la chambre pulpaire de la portion qui y faisait saillie.

Même si tel n'était pas le cas, il était douteux que la mince couche de gutta put suffire pour résister à d'autres influences pendant l'obturation.

La première difficulté fut surmontée en obturant partiellement la cavité pulpaire avec de la cire, qui pouvait aisément s'enlever sans déranger la gutta.

La seconde le fut de la façon suivante :

Après placement de la gutta et du clamp et de la digue, la gutta et la face buccale de la dent furent enchâssées dans une masse de ciment. Pendant que celle-ci prenait, l'obturation de la couronne fut fraisée, puis la cavité pulpaire fut ouverte, les trois canaux furent nettoyés, traités et obturés comme d'ordinaire.

La cavité de la couronne fut remplie ensuite d'amalgame et de ciment ; à une visite subséquente la gutta fut enlevée de la cavité buccale et remplacée par une obturation semblable.

Cette méthode a été employée depuis avec succès, dans le cas d'une incisive centrale supérieure très cariée à sa face cervicale.

(*Dent. Surg.*, 11 août 1906.)

Hygiène buccale pendant les redressements.

Le maintien de l'hygiène buccale pendant l'application des appareils de redressement est un problème important, l'usage de la brosse étant impraticable. Dans les cas où l'on applique ces appareils, il y a souvent obstruction nasale, hypertrophie des amygdales et par suite danger d'infection des voies respiratoires. Les fermentations buccales sont d'autant plus aptes à se produire qu'il y a rétention de mucosités et de débris alimentaires sous les plaques métalliques : d'ou réaction acide du milieu buccal. Si les fils employés pour le maintien des appareils ne sont pas stériles, ils peuvent, en blessant la muqueuse, la contaminer

et infecter le sujet. Ce danger peut être évité en conservant les fils dans un flacon de carbonate de soude à saturation.

On aseptisera la bouche avant l'application des appareils, d'abord mécaniquement par friction, puis au moyen de solution désinfectante, employée en pulvérisations chaudes. L'auteur donne deux formules remplissant la double condition d'un pouvoir antiseptique convenable et d'un goût tolérable : *a*) tricrésol, 1 gr. 80 ; eau de cannelle, 120 gr. (pulvériser à la température de 45°). *b*) iode, 1 gr., iodure de potassium, 1 gr. ; eau, q. s pour 120 c. c. (pulvériser à 37°).

Cette dernière solution servira à fixer et à colorer les plaques bactériennes, qu'on enlèvera ensuite au moyen du mélange suivant :

c) amidon, 2 gr. 30, eau de menthe poivrée, 120 c. c. ; essence de menthe, 1 gr. 20.

Ce mélange convertira l'iode en iodure d'amidon insoluble, qu'un lavage de bouche précipitera ensuite.

Ce lavage se fera avec :

d) carbonate de soude, 2 gr. 30 ; eau de gaulthérie, 120 c. c. ; essence de gaulthérie, 1 gr. 80 (employé à 45°).

Pendant le redressement, on prescrira au malade la formule suivante, pour faire une désinfection buccale très soigneuse, au moins matin et soir.

e) hydronaphtol, menthol ââ, 1 gr. 20 ; essence gaulthérie et essence de cassie ââ, 0 gr. 25 ; alcool rectifié, 300 gr. ; teinture de capsicum, 4 gr. ; eau distillée, q. s. pour 600 gr.

Une cuillerée à café pour un demi-verre d'eau chaude.

(M. Guibaud, *Archives de Stomatologie,* décembre 1907.)

H. D.

La paraffine caoutchoutée comme moyen de prothèse.

Pour éviter tout danger d'embolie, M. Wederhake (de Dusseldorf), préconise l'emploi de la paraffine caoutchoutée, ainsi préparée : on se sert de paraffine fondant à 58° et de caoutchouc très pur, non vulcanisé ; dans une capsule de porcelaine, on met 10 grammes de paraffine et un gramme de caoutchouc, que l'on chauffe jusqu'à ébullition de la paraffine ; on maintient la température en triturant avec une baguette de verre le caoutchouc qui fond peu à peu : au bout de cinq minutes, il est presque entièrement dissous, et l'on retire avec une pince ce qui ne l'est pas encore. En laissant refroidir, on obtient une masse molle et malléable que l'on injecte à froid, et que grâce à sa dépressibilité on peut modeler sous la peau, en obtenant ainsi de parfaites réparations morphologiques. Ce mélange ne s'effritant pas, on n'aurait nullement à redouter une embolie.

Quand il s'agit de reconstituer une partie dure, osseuse ou cartilagineuse, on peut ajouter un gramme de carbonate de chaux, que l'on verse peu à peu dans la masse en fusion, en agitant soigneusement, pour éviter les grumeaux. Dans ce cas le mélange doit être injecté un peu chaud, on a ainsi le temps de lui donner, à travers la peau, la forme et les contours appropriés.

(*Semaine médicale,* 16 octobre 1907.)

H. D.

Le véronal dans la thérapeutique buccale.

L'auteur emploie couramment le véronal surtout dans les trois cas suivants :

1° Après les extractions dentaires, contre les douleurs post-opératoires ; le véronal à la dose de 0,75 à 1 gramme, surtout le soir avec une infusion chaude, produit un effet hypnotique qui se prolonge toute la nuit, alors que le pyramidon n'a d'effet actif que durant quelques heures ;

2° Au cas d'intoxication cocaïnique. Lorsqu'à la suite d'injection de cocaïne, on observe de l'excitation, une sorte d'ivresse et des nausées, l'ingestion d'un gramme de véronal réussit parfaitement. Le malade s'endort au bout de vingt minutes, et les symptômes ont disparu au réveil;

3° Dans les troubles menstruels qui suivent une extraction. (Prolongation anormale des règles au cours desquelles on a pratiqué une extraction.)

(Carl Fuchs, *Berliner Zahnärt. Monat.*, 5 mai 1907 et *Clinique*, 10 janvier 1908.)

S.

Greffes dentaires chaudes.

L'auteur désigne par greffe dentaire chaude la remise dans son alvéole, après extraction, d'une dent atteinte de périostite aiguë avec ou sans fluxion, avec ou sans abcès, étant entendu que le véritable état chaud, pour la dent, commence à la périostite aiguë, périostite du sommet de la racine, soit succédant à une pulpite aiguë, soit se développant brusquement sur une dent morte depuis plus ou moins longtemps, cariée à fond, c'est-à-dire atteinte de périostite chronique.

L'auteur justifie l'emploi de sa méthode par des considérations tirées du peu de danger de l'extraction à chaud, qui ne crée pas d'accidents nouveaux, enrayant ceux qui existent, ou seulement, en mettant les choses au pire qui quelquefois ne suffit pas à arrêter les phénomènes d'infection grave.

D'autre part, on est à peu près désarmé en présence d'une dent atteinte de périostite aiguë, l'expectative prolongeant la douleur, et le pansement efficace n'existant pas, ou étant d'une application impossible, en raison de l'hypersensibilité de l'organe.

M. Cruet apporte un certain nombre d'observations toutes portant sur des dents uniradiculaires, sauf une qui concerne une première molaire inférieure.

L'opération se divise en un certain nombre de temps :

1° *Préparation.* — On devra d'abord s'occuper du choix et de l'asepsie des instruments, et réaliser dans la mesure du possible le nettoyage et l'asepsie de la bouche du patient.

2° *Extraction.* — Celle ci est précédée de piqûres de cocaïne pratiquées dans le tissu sain circonscrivant la zone d'inflammation.

L'extraction, faite au davier, naturellement, est en général facile ; on doit ménager la gencive, et opérer lentement. La dent extraite est plongée successivement dans une solution de sublimé, dans l'eau oxygénée, puis dans une solution phéniquée au 100°.

3° *Traitement de l'alvéole et des complications.* — Outre les lavages antiseptiques de l'alvéole, il est nécessaire d'en curetter le fond avec une fraise ronde de grosseur moyenne, montée sur le tour et à laquelle on ne fait faire que quelques mouvements de rotation rapide. S'il y a un abcès apparent, il doit être ouvert, sa cavité lavée isolément, lorsqu'elle ne communique pas avec l'alvéole.

4° *Traitement de la dent en dehors de la bouche.* — On lime, on régularise le sommet de la racine en surface arrondie, de façon qu'on voie bien le foramen ; on enlève les végétations ligamenteuses, en respectant les parties saines du ligament. Le tartre qui sertit le collet est supprimé, on fait un brossage au savon. La dent est ensuite obturée après désinfection des canaux ; ciment dans les canaux, obturation du foramen à l'amalgame, obturation de la cavité de la carie.

5° *Remise en place.* – C'est le temps le plus court, il se fait en un temps unique ; la dent retrouve exactement sa place normale, produisant un petit choc, avec une légère douleur.

6° *Soins consécutifs.* — On peut laisser la dent libre ; néanmoins il vaut mieux mettre une ligature. Naturellement on prescrit des lavages antiseptiques et des soins tout particuliers.

La consolidation est suffisante au bout de huit jours et complète au bout de trois semaines ; les phénomènes douloureux se réduisent à de la sensibilité à la pression latérale, durant quelques jours.

Pour l'auteur, l'opération de la greffe chaude, toujours suivie de succès, doit entrer dans la pratique courante.

(Cruet, *Revue de Stomatologie*, octobre 1907, p. 464.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Pour remplacer la digue. — Quand la digue ne peut être employée, l'air comprimé rend de grands services. Employer un courant d'air aussi chaud et aussi fort que le patient peut le supporter et, en quelques minutes, on a non seulement desséché la dent et les tissus voisins, mais encore on les a anesthésiés par déshydratation. (*Dent. Reg.*).

Dentiers. — Il est impossible de faire des dentiers typiques à tous égards, parce que nous nous trouvons, dans une mâchoire édentée, en présence d'un état de choses, qui rend impossible de disposer les dents artificielles comme les dents naturelles. L'occlusion des dents est par-dessus tout importante. L'usage principal d'un dentier c'est la mastication. Très souvent des patients ont seulement les dents inférieures du devant et disent qu'ils n'ont pas besoin d'une pièce inférieure. Je leur réponds qu'il est tout aussi aisé d'essayer de faire marcher une voiture avec trois roues que de porter un dentier supérieur en n'ayant au maxillaire inférieur que les dents antérieures, car ils ne peuvent pas mastiquer avec les dents antérieures, mais sont obligés de porter un dentier partiel inférieur. (*Haskell, Chicago.*)

Lubrifiants. — Ne pas oublier que l'huile sur un long support exactement adapté n'est un lubrifiant qu'en petite quantité, en grande quantité elle devient un adhésif. Un peu d'huile fait marcher la machine; beaucoup d'huile l'arrête. (*Dent. off. and. Laboratory.*)

Soin à prendre des fraises Gates-Glidden quand elles ne servent pas. — Avec une pierre à aiguiser en forme de lame de couteau on peut donner un bord à chaque lame de fraise, en examinant fréquemment celle-ci à la loupe.

Il est essentiel que le bord de la pierre soit tranchant. Prendre pour cela un morceau de bois dur, de 75 mm. de long et de 50 mm. de large, bien droit et bien uni, puis une bande de feuille de plomb plus large de 50 mm. que le bois, mais de même longueur, l'adapter aux côtés et aux extrémités du morceau de bois bien également. Saupoudrer de l'émeri sur la surface ainsi formée et frotter la pierre dans le sens de la longueur, sans huiler ni mouiller les surfaces. Recommencer cette opération après avoir aiguisé une douzaine de fraises. Trois minutes suffisent pour rendre la pierre tranchante.

Quand elles sont très usées, les fraises peuvent encore rendre des services si on les passe sur cette pierre. Elles peuvent notamment être employées dans les abcès alvéolaires où l'on pénètre de l'extérieur par le procès alvéolaire. (*Dent. Cosm.*)

Moyen de faire des poinçons d'amalgame. — Prendre une empreinte avec de la gutta rose, en humectant d'abord la dent et la cavité. Amollir la gutta à la flamme à alcool, et enfoncer la gutta dans la cavité avec un instrument large. La glycérine empêche la gutta d'adhérer à la cavité. Arroser la gutta d'eau froide pour la durcir, enlever avec soin, et si les contours sont parfaits, mélanger une petite quantité de plâtre, en faire une pyramide sur une plaque de verre et mettre l'empreinte dans le plâtre avec un instrument, en ayant soin que le plâtre entoure bien les bords. Le plâtre durci, mélanger l'amalgame. Il vaut mieux employer l'alliage sous forme de limaille ; l'amalgame de cuivre est encore meilleur, car il peut servir plusieurs fois étant chauffé, jusqu'à ce que le mercure apparaisse à la surface, en le broyant plusieurs fois dans un mortier. Tasser soigneusement l'amalgame autour de l'empreinte jusqu'à ce qu'elle soit bien couverte, puis rouler un morceau de caoutchouc vulcanisé et enrouler autour plusieurs épaisseurs d'un ruban de gutta. Mettre sur l'amalgame et faire sortir le mercure en le laissant sous pression trois ou quatre heures. Briser le plâtre, enlever la gutta et l'on a un poinçon propre et poli qui fait une belle matrice. (*Haskell, Chicago.*)

Procédé pour obtenir une jointure parfaite dans les blocs à gencives. — La pièce est mise dans la première moitié du moufle, le revêtement de plâtre ne doit pas dépasser le bord de cire de la pièce. Couper des bandes de feuille d'étain n° 40, pour chaque jointure, de 6 millimètres de large et de 38 millimètres de long, et les mettre sur les jointures en commençant par la face labiale de la jointure antérieure, 6 millimètres au-dessous de la porcelaine, et en rabattant l'extrémité sur le bord tranchant des incisives, jusqu'à la face palatine de la cire. Bien brunir la feuille jusqu'aux dents et au-dessus des jointures. Chaque jointure étant ainsi protégée, verser le platine dans l'autre moitié du moufle.

Chauffer le moufle à l'eau bouillante 3 minutes et séparer. Enlever la cire pour exposer les deux extrémités de toutes les bandes. Mélanger du ciment et en mettre sur la face linguale de chaque jointure, presser les extrémités de la feuille sur le ciment et la jointure.

Bourrer et vulcaniser comme d'habitude et après avoir enlevé la pièce du moufle, laver et sécher. Puis enlever la feuille d'étain, et les jointures seront aussi exemptes de matière colorante, que quand elles étaient sur l'articulteur.

Sécher les jointures et les chauffer légèrement, et avec la spatule à cire, verser de la cire chaude sur chaque jointure : cela la protégera mieux en finissant que la feuille. (*Dental Surgeon.*)

Expansion du caoutchouc. — Le caoutchouc noir se dilate le plus sous l'action de la chaleur ; le caoutchouc rose le moins. Le caoutchouc

pur est le plus propre à devenir spongieux, si on en surchauffe des morceaux en vulcanisant. Se servir toujours de caoutchouc frais. *(Brief.)*

La pyorrhée est héréditaire. — Pour M. Carpenter, de Chicago, la pyorrhée alvéolaire est héréditaire et, au début, peut céder au traitement. Dans les quatre cinquièmes des cas il a découvert des calculs en introduisant une sonde mince par l'espace gingival sur le côté proximal des racines. *(Dent. Rev.)*

Ramollissement des calculs. — Avant d'enlever un calcul salivaire il est bon d'appliquer de la teinture d'iode pour désagréger le dépôt et faciliter l'ablation. *(Dent. Surg.)*

Renouvellement du zinc. — Quand le zinc employé pour les moules s'épaissit et ne coule pas bien, fondre au rouge sombre et ajouter une cuillerée d'acide hydrochlorique concentré en remuant. *(Dent. Regist.)*

Cavités des inlays de porcelaine. — Pour un corps à basse fusion j'emploie des *pellets* d'or roulés et taillés comme il convient. Pour la porcelaine à haute fusion, le graphite ou la plombagine convient bien, en l'employant au rouge vif ; la forme persiste et l'enlèvement est facile après fusion. Le côté de la cavité est bien entendu corrodé comme d'habitude. *(Brief.)*

Réparation des cavités sensibles. — La première application de la fraise peut avoir lieu sans douleur absolument, dans la cavité la plus sensible, en mettant simplement du chlorure d'éthyle à la pointe de la fraise et en le mettant en contact rapidement avec la dent. *(Brit. D. J.)*

Pansement des dents. — La formaline en pâte ou liquide ne doit pas être employée pour panser les dents quand la dévitalisation des nerfs est récente. Son emploi est souvent accompagné d'une vive douleur. Elle n'est indiquée que dans les racines en putréfaction. *(Dent. Surg.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 janvier 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 7 janvier 1908, à 9 heures, sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — Correspondance.

Il est donné connaissance des regrets de MM. Gaudron, Heïdé, Hugot, de Périndorge, Pinet, de ne pouvoir assister à la séance, ainsi que d'une lettre de M. Barrié qui demande que sa présentation d'un four électrique soit reportée à la prochaine séance.

II. — Lecture du rapport de la Commission d'enquête.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport d'une Commission d'enquête sur certains incidents violents qui ont troublé la séance du 3 décembre.

M. Martinier demande des explications sur la genèse de la constitution de cette Commission.

M. le président dit que l'assemblée aura toute satisfaction à ce sujet en écoutant le rapport, et que, d'ailleurs, aux termes du Règlement de la Société d'Odontologie de Paris, les conclusions de ce rapport n'ont qu'à être adoptées ou rejetées par un vote au scrutin secret, et sans discussion (Art. XV et XVI, *Annuaire,* 1904-1905, p. 117).

M. Dreyfus, rapporteur de la Commission d'enquête, donne lecture du rapport. Ce rapport comprend quatre parties : la première indique la façon dont fut engagée la procédure dont le vote, qui sera émis par la Société, est l'aboutissant ; une deuxième partie présente l'exposé des faits dans leur matérialité, et conduit à une troisième qui expose l'enquête ; enfin viennent les conclusions motivées de la commission.

Le rapporteur montre comment, à la suite de l'émotion provoquée par les voies de fait dont M. X... s'est rendu coupable en séance de Société d'Odontologie, le Bureau de cette société a été saisi d'une plainte émanant de l'ensemble des bureaux des diverses branches du Groupement, plainte contenue, d'une part, dans un ordre du jour signé de MM. d'Argent, Bioux, Blatter, Dreyfus, Fouques, Francis Jean, Godon, Lalement, L. Lemerle, Touchard, G. Viau, G. Villain, et confirmée, d'autre part, par une pétition signée de quarante membres de la Société, et adressée au président de la Société d'Odontologie.

M. Dreyfus rend compte de l'enquête à laquelle s'est livrée la Commission ; il expose les incidents visés, puis il donne connaissance des dépositions du principal intéressé, M. X..., et des différents témoins, MM. Delair, Martinier, Mendel-Joseph, Pailliottin, Roy, cités directement ou à la requête de M. X... Cette enquête établit la responsabilité de celui-ci au point de vue de la provocation du scandale.

En conséquence, la Commission demande, à l'unanimité, que soit prise une mesure de radiation, seule sanction prévue par le règlement. Le rapport fait ressortir la nécessité de cette mesure, en faisant valoir les intérêts supérieurs de la Société d'Odontologie, société essentiellement scientifique, dont les discussions doivent se passer dans le calme et dans la dignité. Il importe en effet de lui conserver le bon renom dont elle a bénéficié jusqu'à présent, et de montrer que si des scènes de violence ont pu avoir lieu dans son sein, elle se doit à elle-même de les réprimer vigoureusement, faute de quoi c'est son existence même qui serait en question.

Après la lecture du rapport, le vote a lieu, et les conclusions de la Commission sont adoptées par 50 voix contre 41. En conséquence la radiation de M. X... est prononcée.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

JURISPRUDENCE

Sur la demande de M. Rouzée, nous publions le jugement suivant.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(9e Chambre.)

Audience du 6 novembre 1907.

Présidence de M. Gibou.

Presse. — Diffamation et injures publiques. — Amnistie. — Réparation civile.

Une loi amnistiant un délit de presse au point de vue répressif ne fait pas obstacle à la réparation civile du préjudice causé par le délit amnistié.

Rouzée contre de Croës et Baudet ainsi jugé :

Le Tribunal après en avoir délibéré conformément à la loi : attendu que Rouzée assigne de Croës et Baudet devant cette Chambre pour se voir condamner aux peines édictées par les articles 29, 32 et 33, de la loi du 29 juillet 1881, et en 500 francs de dommages-intérêts pour un article injurieux et diffamatoire commençant par ces mots « au cours de l'Assemblée générale » paru dans le numéro quatre de la 9e année 3e série du *Bulletin des Syndicats des Chirurgiens-Dentistes de France*, daté du 15 avril 1906 ; attendu qu'il suffit de se reporter à la lettre de Croës publiée dans le dit article pour y relever des termes injurieux et diffamatoires à l'égard de Rouzée, tels que « manque du courage nécessaire lorsqu'on lui demande réparation de ses actes » et « il est disqualifié parmi les gens d'honneur » ; attendu que cet article ayant paru dans le *Bulletin* susvisé du 15 avril 1906, le délit commis se trouve couvert par la loi d'amnistie du 15 juillet 1906. En ce qui concerne les réparations civiles, attendu que le Tribunal trouve dans les faits de la cause les éléments nécessaires pour évaluer à 50 francs le préjudice subi par Rouzée, préjudice qui sera suffisamment réparé par l'allocation de cette somme et l'insertion du présent jugement dans le *Bulletin* susvisé. « Par ces motifs, déclare amnistié le délit de diffamation et d'injure, condamne solidairement de Croës et Baudet par toutes voies de droit et même par corps à payer à Rouzée la somme de 50 francs et ce à titre de dommages-intérêts. Les condamne en outre sous la même solidarité à publier le présent jugement dans le *Bulletin des Syndicats des Chirurgiens-Dentistes de France* dans le numéro paraissant aussitôt après que le jugement sera devenu définitif, et ce, sous une astreinte de 10 francs par chaque numéro de retard pendant trois mois après lesquels de loi il sera fait droit ; condamne en outre de Croës et Baudet solidaire-

ment aux dépens, lesquels avancés par le demandeur sont liquidés à la somme de 67 francs 35 centimes ; fixe au minimum la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement des dommages-intérêts et des dépens; fait et jugé en l'audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre du Tribunal civil de première instance du département de la Seine, séant au Palais de Justice, à Paris, par M. Gibou, président, M. Guépet, juge, M. Mangin Bocquet, juge, en présence de M. Gail, substitut de M. le Procureur de la République, assistés de Me Wey-dert, greffier.

NÉCROLOGIE

FRANCIS GARDENAT

Nous avons le profond regret d'apprendre tardivement la mort de Francis Gardenat, membre fondateur de l'Ecole dentaire de Paris et membre honoraire de son conseil de direction, décédé le 3 octobre 1907, à l'âge de 65 ans et incinéré selon sa volonté au cimetière du Père-Lachaise.

Lorsque, en 1879, prenant la défense de la profession nous fondâmes le cercle des dentistes, celui qui vient de disparaître fut un de ceux qui nous aidèrent le plus et qui s'efforcèrent le plus de nous amener des adhérents. D'une grande affabilité, jointe à une grande générosité et à un grand désintéressement, ce n'était jamais en vain que l'on s'adressait à lui.

A la fondation du dîner mensuel, *Le Chicot*, il en fut nommé président et il conserva ces fonctions durant dix ans, s'efforçant de maintenir toujours l'union et l'amitié dans ces réunions auxquelles il avait choisi comme devise : *Tous amis quand même.*

A l'ami, au bon confrère disparu c'est dans un pieux souvenir que nous donnons un dernier adieu.

AUGUSTE CLASER.

M. le professeur Giuria, de Gênes, membre de l'Association générale et notre collègue à la F. D. I., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de son fils unique survenue après une brève maladie.

Nous adressons à notre confrère l'expression de notre douloureuse sympathie dans cette triste circonstance.

Notre confrère M. Isaac B. Davenport vient d'avoir la douleur de perdre son jeune fils.

Nous lui exprimons nos bien sincères condoléances.

M. R.

NOUVELLES

Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, a été élu président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en remplacement de M. Félix Voisin, qui présidait ce Conseil depuis plus de vingt ans, et qui s'est démis de cette fonction.

Nous enregistrons avec plaisir la nomination de M. Paul Strauss à ce poste élevé et nous lui adressons nos vives félicitations.

Association générale des Dentistes de France.

Le Conseil de direction de l'Association s'est réuni le samedi 18 janvier à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Il a approuvé successivement les rapports du secrétaire général, du trésorier, de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* et du secrétaire de la Chambre syndicale, prononcé diverses admissions et nommé membre honoraire de l'Association M. Choquet père.

Il a décidé, entre autres choses, que l'enveloppe extérieure contenant le vote par correspondance sera dorénavant signée par le votant et que la liste des membres votants par correspondance sera publiée dans *L'Odontologie* sur une feuille volante.

*
* *

L'assemblée générale annuelle s'est tenue le dimanche 19 janvier à 9 heures du matin.

Elle a adopté successivement les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* et procédé à l'élection de 16 membres du Conseil sortants et rééligibles.

Ont obtenu :

MM. Thuillier	230 voix	Brodhurst	152 voix
Delair	216 —	G. Fouques	151 —
Loup	207 —	Jeay	151 —
Fléty	179 —	Rigolet	131 —
Francis Jean	162 —	Dyssli	125 —
J. d'Argent	156 —	Duplan	125 —
Lalement	156 —	Vichot	125 —
Duncombe	152 —	Joly	121 —

Hugot.........	118 voix	De Croës	81 voix
Ch. Devoucoux.	109 —	Schuller.......	78 —
Bouvet........	108 —	Cramer........	77 —
Drain	106 —	Moutin........	73 —
Monin	106 —	Bonnaric	71 —
Pailliottin......	101 —	Rollin.........	10 —
Lannois	83 —		

En conséquence, ont été élus membres du Conseil de direction pour 2 ans :

Paris.	*Province.*
MM. Delair.	MM. Thuillier (Rouen).
Loup.	Fléty (Dijon).
Francis Jean.	Duncombe (Lisieux).
J. d'Argent.	Brodhurst (Montluçon).
Lalement.	Rigolet (Auxerre).
G. Fouques.	Dyssli (Evreux).
Jeay.	Duplan (La Rochelle).
Hugot.	Vichot (Angers).

M. Stévenin a été nommé membre honoraire de l'Association générale des Dentistes de France.

Ecole dentaire de Paris.

Les concours que nous avons annoncés dans nos numéros des 30 novembre et 30 décembre 1907 commenceront le dimanche 23 février.

*
* *

M. G. Villain a été nommé, après concours, professeur suppléant de prothèse.

Distinctions honorifiques.

Légion d'honneur.

Parmi les nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur publiées par le *Journal officiel* du 6 janvier nous relevons celle du Dr Chompret, dentiste des hôpitaux de Paris, au grade de chevalier (Ministère de l'Intérieur).

*
* *

Dans la promotion de janvier du Ministère de l'Instruction publique nous relevons les nominations suivantes :

Officiers d'instruction publique.

MM. Bioux (Léon-Désiré), trésorier de l'École dentaire de Paris.
Roy, professeur à l'École dentaire de Paris.
Bercut (Jules-Joseph), chirurgien-dentiste à Paris, membre de l'Association générale.
Fouyer (Joseph), chirurgien-dentiste à Bagnols-sur-Cère (Gard).
Lemière (Joseph-Jean), chirurgien-dentiste à Paris, membre de l'Association générale.
Pitsch, médecin-dentiste à Paris, membre de l'Association générale.

Officiers d'académie.

MM. Mahé, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.
Pillière de Tanouarn, démonstrateur à l'École dentaire de Paris.
Audouard (Justin), chirurgien-dentiste à Brive, membre de l'Association générale.
Gaignon (Albert), chirurgien-dentiste à Choisy-le-Roi (Seine), membre de l'Association générale.
Blumenfeld (Léon), chirurgien-dentiste à Nogent-sur-Marne.
Galippe, médecin-dentiste à Paris.
Godde (Georges-Joseph), chirurgien-dentiste à Paris.
Goyon, chirurgien-dentiste à Paris.
Mugnier (Edouard), chirurgien-dentiste à Cambrai.
Pilley, chirurgien-dentiste à Lure.
Skorabandenkoff, dit Diétrick, chirurgien-dentiste à Andricourt (Doubs).

Nous adressons nos plus vives félicitations à MM. Bioux, Roy et Mahé, nommés sur la proposition de l'Ecole dentaire de Paris, et à nos confrères de l'Association générale.

Le Progrès dentaire.

Nous apprenons que le *Progrès dentaire* est transformé en un journal gratuit, qui ne paraîtra plus que trimestriellement, c'est-à-dire que le prochain numéro sera publié en mars 1908.

Dentistes enregistrés.

On comptait en 1907 en Angleterre 4.772 dentistes enregistrés, contre 4.653 en 1906 et 4.734 en 1903. Sur ces 4.772, trois seulement sont inscrits pour les colonies et 22 pour l'étranger. Sur les 4.747 inscrits pour l'Angleterre, 2.615 ou 54, 80 o/o sont gradués ou licenciés d'une université ou d'une école anglaise ; 16 ou 0, 33 o/o ont un titre chirurgical ; 2.116 ou 44, 34 o/o sont dépourvus de qualification, mais exerçaient avant la loi du 22 juillet 1878.

TRIBUNE OUVERTE

Questions et Réponses

? *N° 1. — Je remarque dans les journaux professionnels que la question des dents minérales est à l'ordre du jour et préoccupe beaucoup de nos confrères. Je serais curieux de savoir quelle est la consommation mondiale annuelle de ces dents minérales ; a-t-on des données approximatives à ce sujet ?*

L. R.

? *N° 2. — Un confrère possèderait-il la collection des lettres de convocation de la Société d'Odontologie et dans ce cas, voudrait-il permettre de les consulter ? Répondre à M. Verdier, secrétaire, école soit directement, soit par voie du journal.*

C. *L.*

28e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'EMPLOI DES FORCES INTERMAXILLAIRES EN ORTHODONTIE POUR LA CORRECTION DU PROGNATHISME

Par HENRI VILLAIN, D. E. D. P., D. D. S.

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Je crois devoir tout d'abord envisager le prognathisme d'une manière générale et rapide, devant ensuite traiter d'un cas de prognathisme du maxillaire inférieur dont je vous présente les moulages.

D'après Topinard [1], « le prognathisme désigne pour tout le monde, depuis Prichard, l'allongement et la proéminence des mâchoires, ou encore leur obliquité, habituelle dans les races noires d'Afrique et d'Océanie, et accidentelle chez des Européens. C'est de profil qu'on l'apprécie spontanément sur le vivant comme sur le crâne ; on abaisse par la pensée une perpendiculaire de la racine du nez ou de son épine antérieure, et suivant que la partie laissée en avant est plus ou moins considérable, on dit que le sujet est ou n'est pas prognathe. Rien de plus simple, et cependant dans les auteurs, la dénomination se rencontre avec des acceptions variées. Les uns parlent du prognathisme de la race, les autres de celui des mâchoires ; d'autres même vont

1. *Topinard,* L'anthropologie (Bibliothèque des sciences contemporaines).

jusqu'à retrancher tout ce qui est au-dessous des narines, pour ne comprendre que la portion du maxillaire intermédiaire à la racine du nez et à l'épine nasale inférieure. Deux expressions destinées à être opposées à celle de prognathisme sont venues compliquer la question : les dents obliques sont prognathes, a-t-on dit, et les dents droites, orthognathes ; jusqu'ici c'était juste, mais le mot a été transporté à la face, où jamais aucune des lignes du profil n'est droite ; à plus forte raison, le troisième mot, ou opisthognathe pour désigner le cas où la ligne s'inclinerait en arrière, est-il faux ».

Plus loin, il dit (Topinard) : « Prognathisme vrai. Tout autrement faut-il considérer le prognathisme alvéolo-sous-nasal, intéressant à la fois la portion du maxillaire sous-jacente à l'épine nasale qui répond à la voûte palatine, et la suivante, dans laquelle sont creusées les alvéoles. C'est à lui, exclusivement que doit être réservé le terme de prognathisme, ou dans un sens plus général, de prognathie. »

Les anthropologistes ont pour objet, d'après la définition de Broca « l'étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature ».

« L'anthropologiste considère l'homme dans son ensemble » en tant que groupe, dont il veut connaître les différences » et les analogies avec les groupes voisins les plus sem- » blables de la classe mammifère et des variétés humaines » communément appelées races. » (Topinard.)

Il en est de même du crâniologiste qui compare, non pas un crâne, mais un groupe de crânes et qui, lorsqu'il emploie le terme prognathisme veut dire la forme proéminente du maxillaire dans un groupe d'hommes (caractéristique de certaines races) ou en général cette forme normale du maxillaire chez l'homme par rapport aux autres espèces animales.

Il n'en est pas ainsi pour nous, orthodontistes : l'homme est prognathe, oui, nous l'admettons parfaitement, mais nous disons que cette prognathie (j'emploie ce terme à dessein) existe à des degrés différents et nous appelons prognathis-

mes l'exagération de la proéminence ou de l'allongement normale des mâchoires.

Nous pourrions donc définir le prognathisme : l'exagération de la prognathie.

Nous ne pouvons pas comme les anthropologistes admettre une mesure moyenne de l'angle du prognathisme. Nous dirons, il y a prognathisme, et cela signifie, il y a anomalie, lorsque le profil du malade est altéré par une proéminence exagérée d'un ou des deux maxillaires, mais nous aurons soin de diviser le prognathisme en : *prognathisme vrai et prognathisme faux.*

Le prognathisme vrai est accusé extérieurement par la proéminence d'un ou des deux maxillaires, lorsqu'on examine le profil ; il est accusé intra-buccalement, lorsqu'il ne se présente que sur l'un des maxillaires, par la position mésiale ou distale occupée par les molaires de six ans inférieures, par rapport à leurs antagonistes (dents de 6 ans supérieures), « Classe 3 ou 2 d'Angle », selon que le maxillaire inférieur ou supérieur est en prognathisme.

Le prognathisme faux est accusé extérieurement, non pas par la proéminence d'un ou des deux maxillaires, mais par l'inclinaison oblique et antérieure des lèvres ; intra-buccalement il n'est accusé que par la direction oblique linguo-buccale et l'antéversion des dents ; les rapports des molaires sont normaux, « Classe 1 d'Angle ».

Nous n'envisagerons que le prognathisme vrai.

Le profil étant la base du diagnostic du prognathisme, il nous faut étudier celui-ci avec beaucoup de soin, sur des photographies comme sur le malade, car il est quelquefois difficile de différencier le prognathisme d'un maxillaire de l'opistognathisme du maxillaire opposé ; assez fréquemment les deux conditions se présentent simultanément chez le même malade ; d'autres fois, le facies général du malade, le caractère particulier de sa physionomie, veut que l'un des maxillaires soit en prognathisme, et nous devons agir avec art pour éviter de détruire le caractère spécial, au détriment de l'esthétique général du malade.

Les causes du prognathisme vrai peuvent être héréditaires ou secondaires.

Les causes héréditaires sont plus aisément remarquées dans les cas de prognathisme du maxillaire inférieur, plus fréquents du reste, caractère de certaines races, de certains peuples, de certaines familles.

Les causes secondaires, habitudes vicieuses, succion des doigts, interviennent presque exclusivement au maxillaire supérieur ; l'extraction prématurée des deuxièmes molaires temporaires peut quelquefois être cause du prognathisme, les dents de six ans évoluant à leur place et le maxillaire se développant ainsi mésialement.

Le prognathisme est généralement regardé comme une anomalie difficile à corriger, celui du maxillaire inférieur particulièrement. La difficulté est grande, nous n'en disconviendrons pas ; mais avec les méthodes d'orthodontie moderne nous pensons que la tâche est grandement facilitée, surtout à l'aide de la force intermaxillaire (ancrage de Baker) qui a complètement révolutionné le traitement de ces cas, laissant loin derrière lui les appareils à plaques, avec lesquels on ne pouvait corriger cette anomalie sans extraction. La force occipitale (appareils prenant la nuque pour point d'appui) est même devenue un auxiliaire secondaire, nous oserions presque dire inutile, et cela fort heureusement pour nos malades qui se plaignaient amèrement, non sans raison, de ce casque encombrant.

Il est cependant des cas de prognathismes exagérés du maxillaire inférieur qui nécessitent l'emploi de cette force occipitale ; mais la correction de ces difformités, que nous serions presque autorisé à appeler des monstruosités, doit être tentée chez de très jeunes sujets ; plus tard il nous faudrait avoir recours à la chirurgie.

Il est quelquefois utile de rehausser l'articulation pour le traitement du prognathisme du maxillaire supérieur, lorsqu'il y a élongation des incisives et canines inférieures ; ce rehaussement s'obtient avant la réduction du prognathisme, à l'aide d'une plaque palatine sur laquelle les incisives et

canines inférieures seules viennent s'articuler, permettant aux prémolaires et molaires d'évoluer de la quantité jugée nécessaire, cette plaque doit être portée quelques mois.

Mais, contrairement à l'opinion de M. Martinier [1], qui dit que pour la correction du prognathisme du maxillaire inférieur « relever l'articulation est une indication absolue », nous considérons comme inutile le rehaussement de l'articulation.

Nous ne nous étendrons pas sur la théorie et les applications de la force intermaxillaire (ancrage de Baker), M. Godon l'ayant étudiée dans un travail, au Congrès de Reims, en août 1907.

Au cours de cette communication [2] nous nous contenterons d'en montrer son application particulière au maxillaire inférieur et son traitement.

* * *

M. Joseph G..., étudiant, âgé de 14 ans 1/2, est venu nous trouver en juillet 1907, présentant un facies laissant beaucoup à désirer au point de vue esthétique.

En effet à l'examen buccal nous trouvons (fig. 1) :

1° Du prognathisme très prononcé du maxillaire inférieur ;

2° De la rétroversion des incisives latérales inférieures ;

3° Une légère atrésie des deux maxillaires, toutefois plus prononcée au maxillaire supérieur ;

4° Une légère rétroversion de l'incisive centrale supérieure gauche ;

5° Une légère rotation sur l'axe de la canine supérieure gauche ;

6° Une légère inclinaison jugale de la deuxième prémolaire supérienre gauche.

Du fait du prognathisme, l'occlusion était anormale, nous

---

1. *Martinier*, Clinique de Prothèse dentaire.

2. Pour la 1re partie de cette communication, nous avons consulté les notes inédites de M. Georges Villain.

nous trouvions en présence d'un cas d'anomalie de la 3me classe, division I (classification Angle [1]), c'est-à-dire que la dent de 6 ans inférieure est en relation mésiale par rapport à la dent de 6 ans supérieure (Arcade inférieure avancée d'une dent).

A l'interrogation du sujet, les antécédents ne sont pas mauvais et cette anomalie ne peut être classée parmi les anomalies dentaires héréditaires ; en effet chez les frères, sœurs, parents et grands-parents, jamais semblable anomalie ne fut remarquée.



Fig. 1.

En juillet 1907, époque très rapprochée des vacances, lorsque le jeune homme se présenta, il ne pouvait disposer que d'une quinzaine de jours, devant ensuite s'absenter pendant plusieurs semaines. L'opérateur auquel il fut confié ne crut pas bon de commencer tout de suite un traitement qui lui semblait long et très ardu ; il se contenta de corriger l'atrésie à l'aide d'un appareil en vulcanite semblable à ceux employés jusqu'à maintenant en France (Appareil de Lucien Heudes).

Après deux semaines, l'atrésie fut un peu corrigée, mais le prognathisme inférieur fut plus accentué, comme vous pouvez le remarquer sur le modèle n° 2, porteur des appa-

1. *Angle*, Treatment of malocclusion of the teeth.

reils que je fixai plus tard. Les autres anomalies ne se modifièrent pas.

A son retour des vacances, j'étais prêt à extraire les deux premières prémolaires inférieures et à rentrer les six dents de bouche, ce qui aurait rendu certainement la correction de cette anomalie aisée; le patient me fut confié.

J'étudiai le cas qui m'intéressait beaucoup, et résolus de le traiter, sans avoir recours aux extractions, sans rehausser d'aucune façon l'articulation, simplement à l'aide des forces intermaxillaires en me servant de l'ingénieux appareil appelé « Ancrage de Baker ».

Le 1er octobre 1907, je posais mes appareils, composés de quatre bandes et de deux arcs (fig. 2).

Au *maxillaire inférieur*, je scellai une bande sur chacune des dents de 12 ans, réunies par un arc maintenu par des écrous antérieurs et passant un peu au-dessus du collet de la face buccale des dents. En avant je maintins mon arc par deux fils de cuivre contournant les incisives latérales en rétroversion.

Au niveau des canines, j'avais sur mon arc soudé deux petits crochets dont l'ouverture se trouvait du côté des incisives.

Au *maxillaire supérieur*, je scellai mes bandes sur les dents de six ans, réunies par un arc maintenu par des écrous antérieurs et longeant la face buccale des dents, un peu au-dessous du collet.

Je maintins mon arc par une série de fils de cuivre, contournant toutes les dents du maxillaire supérieur à l'exception :

1° De la deuxième prémolaire gauche, qui était en inclinaison jugale et que je replaçai en même temps à l'aide d'un caoutchouc placé entre elle et l'arc ;

2° Des dents de 12 ans non évoluées entièrement. — Je réunis les deux maxillaires par un petit élastique de chaque côté, partant des bandes placées sur les dents de six ans supérieures et s'accrochant au maxillaire inférieur aux petits crochets soudés à l'arc au niveau des canines.

Puis je serrai les écrous de l'arc inférieur, afin de l'avancer un peu, et lui éviter de toucher aux incisives, la force première ne devant agir au début que sur les dents de 12 ans, afin de reculer ces dernières avant toutes les autres.

Mon malade venait trois fois par semaine, les quinze premiers jours qui suivirent la pose de mes appareils, les dents

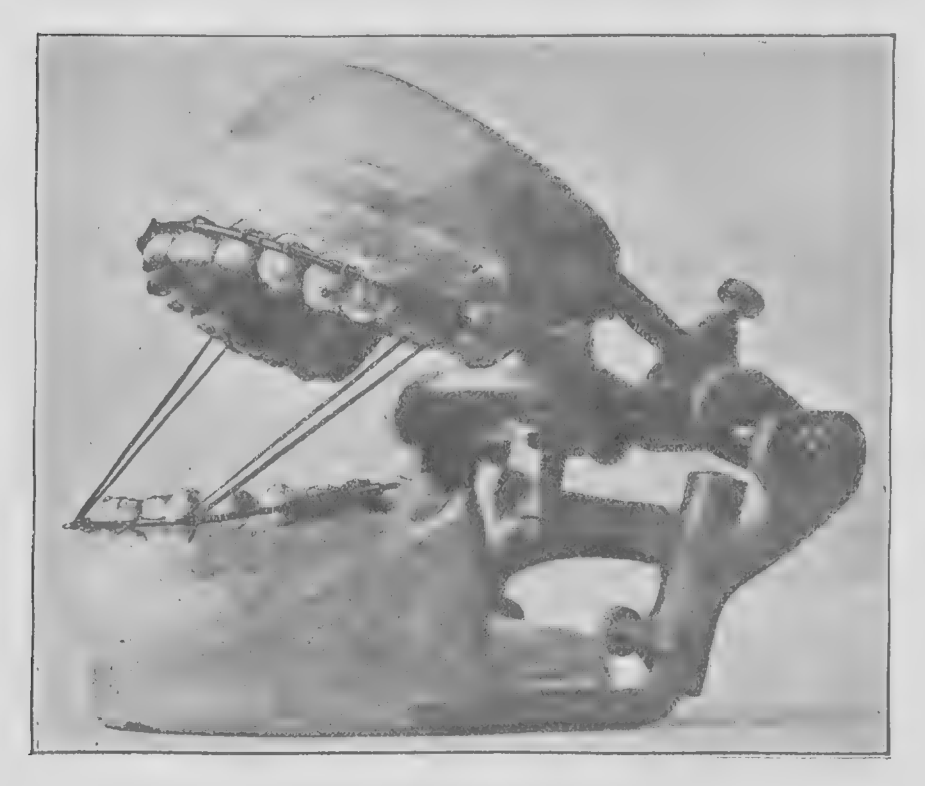


Fig. 2.

ne firent pas beaucoup de chemin, toutefois, elles s'ébranlèrent ; mon sujet n'accusant presque plus de douleurs et n'ayant jamais accusé de gêne, je plaçai deux et même trois élastiques de chaque côté.

Quinze jours après les dents inférieures étaient bout à bout avec les supérieures, et les dents de 12 ans inférieures très éloignées, laissant un écart entre elles et les dents de 6 ans ; je déplaçai alors les bandes inférieures pour les sceller cette fois sur les dents de 6 ans.

Je continuai à mettre trois élastiques pendant quinze jours encore et le 15 novembre 1907, c'est-à-dire un mois et demi après, les dents étaient rentrées dans leurs relations normales et le prognathisme était corrigé (fig. 3).

En même temps j'avais fait de l'expansion des arcades, corrigé la rétroversion des incisives latérales inférieures, l'inclinaison jugale de la deuxième prémolaire supérieure gauche, et la rétroversion de l'incisive centrale supérieure gauche.

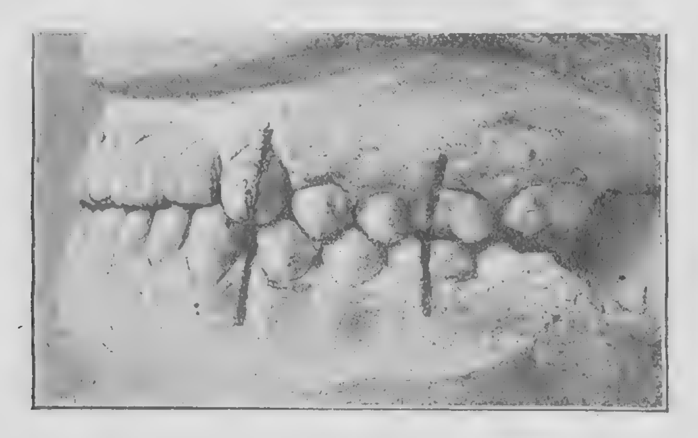


Fig. 3.

Il ne me restait plus pour finir qu'une légère rotation sur l'axe de la canine supérieure gauche, ce que je fis aisément toujours à l'aide des mêmes appareils, en scellant sur la canine une bague munie d'un petit crochet à la face linguale d'où partait un fil de cuivre venant s'attacher à la face buccale sur l'arc.

Puis je diminuai le nombre des élastiques, n'en laissant plus que deux, puis un, et enfin en décembre 1907 je retirai tous mes appareils, que j'ai replacés sur mon modèle du début (fig. 2).

Je n'ai pas eu besoin d'appareils de maintien, les molaires inférieures étant maintenues par leur engrènement avec leurs antagonistes supérieures et les incisives et canines empêchées de revenir en avant par leur croisement avec les incisives et canines supérieures.

Le dernier modèle (fig. 3), pris il y a quelques jours seulement, montre la position exacte des dents, qui sont maintenant presque entièrement consolidées, le malade mangeant très facilement de la croûte et toutes choses susceptibles d'être broyées par les molaires ou coupées par les incisives et déchirées par les canines.

ÉTUDE COMPARATIVE DES DENTS HUMAINES DANS LES DIFFÉRENTES RACES

Par J. CHOQUET,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite [1].)

Il me faut faire remarquer que les mensurations concernant la hauteur de l'émail sur les molaires, aussi bien au maxillaire supérieur qu'au maxillaire opposé, sont assez difficiles à prendre lorsque la dent est intacte et n'a pas subi d'abrasion. Il s'ensuit que ces mensurations ne peuvent jamais être aussi précises qu'elles le sont pour les autres dents.

Passant de la hauteur de l'émail au diamètre M. D. des mêmes dents, nous constatons que c'est un Tasmanien qui détient le maximum avec 10,8, tandis que le minimum revient à un Arabe avec 7,5.

Pour l'incisive latérale, la plus grande largeur est rencontrée chez un Hova avec 8,4 et le minimum chez un Arabe avec 6,2.

Le maximum de la même dimension pour la canine reviendra à un Océanien (Tagal) avec 9,5, tandis que le minimum sera de 6,5 chez un Français.

La première prémolaire donnera 8,6 maximum chez le même Tagal et 6 minimum chez un Français.

La deuxième prémolaire accusera un maximum de 8,2 chez un Néo-Hébridais et 6 chez un Français comme minimun. Cette seconde prémolaire est donc plus étroite dans le diamètre M. D. que la précédente, à l'encontre de ce qui se produit pour la correspondante opposée.

Dans le groupe des molaires, le maximum pour la première sera de 13 mill. chez un Dayack et le minimum de 9,2 chez un Français.

Pour la deuxième, le maximum sera de 11,7 chez un Australien et le minimum de 8,7 chez un Français.

Enfin, pour la troisième, le maximum atteindra 11,4 chez

1. V. *L'Odontologie* du 30 janvier 1908.

un Javanais, tandis que le minimum ne sera que de 6,5 chez un Hawaïen.

La même dimension M. D. *prise au collet* en emboîtant bien la dent entre les branches plates du pied à coulisse présentera toujours une diminution très appréciable, surtout dans les races civilisées, tandis qu'au contraire, dans les races inférieures, ce diamètre subira peu de modifications. Je ne donne pas toutes ces mensurations en détail, renvoyant pour leur étude à la lecture des tables. Il en sera de même pour le diamètre J. P. pris au collet.

Par contre, je vais indiquer les chiffres obtenus pour le diamètre jugo-palatin le plus large. La première dent étudiée à ce sujet sera la première prémolaire, car il va de soi que les incisives et les canines, par suite de leur forme arrondie à la face palatine, ne se prêtent pas à l'emploi des branches droites du compas d'épaisseur. On trouvera donc que pour la première prémolaire supérieure le maximum de 11,3 reviendra à un Tasmanien, tandis que le minimum appartiendra à un Miaou avec 8 mil.

La deuxième prémolaire accusera un maximum de 11,4 chez un Javanais et un minimum de 8 chez un Kabyle.

Pour la première molaire, c'est encore un Tasmanien qui l'emportera avec 13,7, tandis que la plus petite dimension sera de 10 mil. chez un Maure.

La deuxième molaire aura comme maximum 14,4 chez le même Tasmanien et 10 de minimum chez un Maure.

Enfin pour la troisième molaire, on constate que le maximum de 14,5 revient encore à un Océanien (Australien), tandis que le minimum de 9 mil. appartient à un Tartare.

Par ces quelques chiffres, on peut déjà constater que le volume des molaires supérieures est plus grand dans le sens jugo-palatin (J. P.) qu'il ne l'est dans le diamètre opposé (M. D.), à l'encontre de ce qui se passe pour les dents homologues antagonistes.

Si, du maxillaire supérieur, nous passons à l'étude des dents du maxillaire opposé en reprenant les mêmes dimensions, on voit que les maxima et les minima sont :

Pour la hauteur de l'émail :

Incisive centrale......	maxi	12 mil.	Bengali.
— —	mini	6	Béchouana.
Incisive latérale.......	maxi	11,3	Javanais.
— —	mini	7	Français.
Canine..............	maxi	13,7	Javanais.
—	mini	8	Roumain.
Première prémolaire..	maxi	11,5	Tasmanien.
— —	mini	6	Béchouana.
Deuxième prémolaire..	maxi	11,2	Tasmanien.
— —	mini	5	Arabe.
Première molaire......	maxi	9,5	Kabyle.
— —	mini	5	Français.
Deuxième molaire.....	maxi	11	Javanais.
— —	mini	6	Français.
Troisième molaire.....	maxi	7	Béchouana.
— —	mini	5	Tahitien.

Le diamètre M. D. au bord libre et sans abrasion sera de :

Incisive centrale......	maxi	6,4	Amboinais.
— —	mini	4,2	Arabe.
Incisive latérale......	maxi	7	Hova.
— —	mini	5,3	Français.

Il faut remarquer au sujet de cette dent, tant au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, l'exagération du diamètre M. D. particulière aux Hovas. En effet, chez les hommes on rencontre pour ainsi dire chez chaque individu ce développement, qui n'existe pas chez les femmes.

Canine..	maxi	8,4	Hova.
—	mini	6	Miaou.
Première prémolaire .	maxi	8,8	Australien.
— —	mini	5,6	Roumain
Deuxième prémolaire.	maxi	9	Tasmanien.
— —	mini	6	Français.
Première molaire....	maxi	13	Dayack.
— —	mini	9,5	Français
Deuxième molaire ...	maxi	12,8	Patagon.
— —	mini	9,5	Français.

Troisième molaire....	maxi	13	Iles Loyalty.
— —	mini	9	Maure.

Ce même diamètre M. D. non plus au bord libre ou à la face triturante, mais au collet, est étudié aux tables n°s 5,6, 7

Passant à l'examen du diamètre jugo-lingual en partant des prémolaires, on obtient les résultats suivants :

Première prémolaire.	maxi	9,4	Darfour.
— —	mini	6,7	Esquimau.
Deuxième prémolaire.	maxi	10,4	Tasmanien.
— —	mini	7	Français.

Le groupe des molaires va nous montrer un rétrécissement notable dans ce diamètre (J. Lin.) par comparaison avec les dents antagonistes du maxillaire opposé qui, à l'inverse de ce qui se passe au maxillaire inférieur, se rétrécissent dans le sens M. D., mais s'augmentent dans le diamètre jugo-palatin.

Première molaire.....	maxi	12,6	Tasmanien.
— —	mini	9,3	Mindanais.
Deuxième molaire.....	maxi	12	Patagon.
— —	mini	9,3	Arabe.
Troisième molaire.....	maxi	12,3	Darfour.
— —	mini	9	Javanais.

Par ces chiffres, ainsi que par l'ensemble des mensurations données à la table n° 1, on voit donc que ce n'était pas sans raison qu'au début de ce travail je me permettais de critiquer les statistiques et les résultats donnés par Black.

Dans un travail comme celui-ci, il ne faut pas se contenter d'étudier les mensurations des dents appartenant aux races actuelles, que celles-ci soient civilisées ou au contraire inférieures ; il faut rechercher, ainsi que l'ont fait quelques auteurs dans ces dernières années, quelles relations peuvent exister entre les races actuellement vivantes et les hommes préhistoriques.

Je prendrai donc comme terme de comparaison l'homme quaternaire de Krapina, et je comparerai les mensurations obtenues sur les 115 dents étudiées par M. Gorjanovic-Kramberger, non pas avec les mensurations données

par Black, que je considère comme insuffisantes, mais avec les miennes. Qu'il me soit permis, avant de faire cette étude, de faire remarquer que M. Gorjanovic-Kramberger, dans les deux mensurations qu'il a données, s'est servi de termes anthropologiques qui, dans le cas présent, prêtent forcément à confusion.

Il a utilisé les termes allemands *Lange* pour mésio-distal et le mot *Breite* pour jugo-lingual ou jugo-palatin. En outre, pour le diamètre jugo-lingual ou jugo-palatin il n'est pas spécifié si les dimensions signalées sont prises dans le plus grand diamètre ou seulement au collet de la dent.

Pour effectuer la comparaison avec le travail de M. Gorjanovic-Kramberger, j'ai dressé un peu plus loin une table spéciale dans laquelle, au sujet de la largeur, c'est-à-dire au sujet du diamètre jugo-lingual ou jugo-palatin, j'ai indiqué les résultats obtenus suivant que j'avais pris les mensurations sur le diamètre le plus large ou au contraire au collet (Pl. 8).

Bref, il résulte d'une façon très nette du travail de M. Kramberger qui a été repris et très consciencieusement étudié par M. de Terra, il résulte de notre travail personnel que les dents de l'homme quaternaire de Krapina étaient certainement plus volumineuses que celles des hommes actuels, mais qu'elles se rapprochent très sensiblement de celles des races *inférieures vivant actuellement*, surtout si, au lieu de tabler sur les maxima on se base au contraire sur les minima.

Il en est de même pour les dents des hommes de la double sépulture de Menton qui ont été si bien étudiées par MM. Gaudry et Verneau, et l'on peut, de toutes ces observations, tirer la conclusion que les races actuelles subissent une diminution sensible et progressive de tous leurs organes dentaires, en même temps que des parties osseuses composant les maxillaires, et cela d'une façon d'autant plus appréciable que l'on a à considérer des espèces plus élevées comme civilisation et dont la nourriture est plus raffinée.

TABLE N° 8.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Comparaison des diamètres M. D. et L. P. — J. P. des dents de l'homme de Krapina avec les dents actuelles.

		Krapina Diamètre M. D.	Actuel Diamètre M. D.	Krapina Diamètre L. P. — J. P.	Actuel J. P. le plus grand	Actuel L. P. — J. P. au collet
Incisive centrale	Maximum	11	10.8	9.5		12.3
	Minimum	10	7.5	8.5		5.5
Incisive latérale	Maximum	9	8.4	11.2		8
	Minimum	8.4	8.2	8.2		4.8
Canine	Maximum	9.8	9.5	10.5		10
	Minimum	8.4	6.5	9.3		6
1re prémolaire	Maximum	8.3	8.5	11	11.3	11
	Minimum	8.1	6	10.2	8	7.3
2e prémolaire	Maximum	8.6	8.2	11.5	11.4	10.3
	Minimum	8	6	10.4	8	7.5
1re molaire	Maximum	12.6	13	15	13.7	13.5
	Minimum	11.6	9.2	12.5	10	9.5
2e molaire	Maximum	11.8	11.7	13.2	14.4	13.6
	Minimum	9.8	8.7	12.9	10	9.5

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Comparaison des diamètres M. D. — L. J. — L. L. des dents de l'homme de Krapina avec les dents actuelles.

		Krapina Diamètre M. D.	Actuel Diamètre M. D.	Krapina L. Lin — J. Lin	Actuel J. Lin le plus grand	Actuel L. Lin — J. Lin au collet
Incisive centrale	Maximum	7.5	6.4	8.2		6.8
	Minimum	7.4	4.2	8.2		5
Incisive latérale	Maximum	8.6	7	10		7.6
	Minimum	6.6	5.3	7.1		5
Canine	Minimum	8.2	6	8.2		6
1re prémolaire	Maximum	9.2	8.8	10	9.4	9.5
	Minimum	7.8	5.6	8.4	6.7	6
2e prémolaire	Maximum	9	9	10	10.4	9.6
	Minimum	7	6	9.2	7	6
1re molaire	Maximum	13.6	13	12.6	12.6	12.3
	Minimum	11.2	9.5	10.5	9.3	7.5
2e molaire	Maximum	12.6	12.8	11.5	12	11.8
	Minimum	11.3	9.5	11	9.3	7.3
3e molaire	Maximum	12.1	13	11.4	12.3	10.7
	Minimum	11.2	9	11	9	7

Cette question de la diminution de volume des dents dans les races actuelles étant démontrée, il est utile de signaler quelques caractères morphologiques propres à certains de ces organes.

Ainsi que l'a fait très judicieusement remarquer M. Topinard, on peut rester étonné de la divergence d'opinions qui existe entre les auteurs au sujet du nombre des cuspides des molaires, soit supérieures, soit inférieures.

Pour les uns, au maxillaire supérieur, la première grosse molaire possède quatre cuspides, tandis que pour d'autres elle n'en aurait que trois. La seconde molaire en présenterait trois ou quatre, et enfin chez la troisième on en rencontrerait trois, quatre ou cinq.

Les différences d'appréciation sont encore plus marquées pour le maxillaire inférieur. Ainsi, pour certains auteurs, les trois molaires posséderaient toutes quatre cuspides, d'autres fois chacune cinq. Enfin, on trouve l'opinion suivante que la première molaire présente cinq cuspides, la deuxième quatre et la troisième cinq.

Comme on le voit, les avis sont tellement partagés que l'on ne sait vraiment à quelle opinion se rallier.

C'est jusqu'ici l'avis de M. Topinard qui semble devoir prévaloir, quoique cependant j'aie été à même de constater certaines divergences entre ses recherches et les miennes, divergences que je vais signaler. D'après cet auteur, le type quadricuspidé appartient exclusivement au maxillaire supérieur, tandis que le type quinquacuspidé revient au maxillaire opposé.

Dans l'étude du maxillaire supérieur, j'arrive d'après mes recherches aux constatations suivantes :

Sur 142 crânes possédant les premières molaires supérieures j'ai trouvé 118 fois le type quatricuspidé signalé par M. Topinard comme existant dans 93 o/o de ses observations. La moyenne que j'obtiens est donc de 10 o/o inférieure à celle signalée plus haut. Par contre, je n'ai pas rencontré un seul cas de dent ne possédant que trois cuspides, mais en revanche, j'ai constaté chez 19 sujets dont la race est indi-

quée plus loin la présence de cinq cuspides absolument indiscutables.

Sur 19	blancs,	4 fois,	soit....	22 o/o.
32	Africains,	7 fois,	—	25 o/o.
13	Américains,	1 fois,	—	7.69 o/o.
62	Océaniens,	7 fois,	—	11.28 o/o.

Sappey avait été le premier à signaler une première molaire supérieure présentant le type quinquacuspidé, mais M. Topinard, dans son Mémoire de 1892, parlant de ce cinquième cuspide, disait qu'il n'avait jamais constaté semblable phénomène. Il ajoutait que, puisque Sappey l'avait décrit, cela avait dû exister, mais que, à son avis, la présence de ce cuspide supplémentaire était anormale et qu'en tous cas, vu le manque de définition de Sappey, ce cinquième cuspide devait être placé *spécialement en arrière,* aux dépens du pli postérieur, dont lui-même, M. Topinard, avait signalé l'état quelquefois lobulé.

Ce cuspide est au contraire situé près du bord mésio-palatin, par conséquent en avant de la dent et non en arrière. Il a été bien étudié par M. de Terra et, en fait, ce n'est autre chose que le cuspide de Carabelli que M. Gorjanovic-Kramberger a signalé sur les molaires supérieures de l'homme de Krapina. Dans son étude, M. de Terra ajoute que celui-ci ne s'élève jamais au niveau de ses congénères, et je suis absolument de son avis non seulement à ce sujet, mais encore lorsqu'il ajoute qu'il le considère comme un caractère des races civilisées actuelles. D'après mes statistiques, je l'ai en effet trouvé à ce jour dans ma clientèle dans la proportion de 58 o/o. Quelquefois ce cuspide est très net, globuleux, d'autres fois il est un peu moins accentué ; d'autres fois enfin, il est à l'état rudimentaire, mais séparé du corps de la dent par un sillon plus ou moins profond.

En outre, j'ai constaté dans la bouche de nombreux enfants ne possédant que leur dentition temporaire la présence sur les molaires de ce cinquième cuspide. Quelquefois même, lorsque la première molaire permanente avait fait

son évolution, on rencontrait ce tubercule supplémentaire sur la dent temporaire en même temps que sur l'organe permanente.

A l'encontre de l'opinion de M. Topinard, la deuxième molaire supérieure, qui est représentée dans ses statistiques comme quadricuspidée 66.6 o/o et tricuspidée 16.5 o/o, m'a donné les résultats suivants :

3 cuspides,	46 fois,	soit.....	33.6 o/o.
4 —	83 —	—	59 o/o.
5 —	2 —	—	1.45 o/o.

La répartition de ces cuspides s'effectue de la façon suivante par groupes :

Blancs. Nombre étudié : 18.

4 cuspides	7 fois.
3 —	10 —
5 —	1 —

Jaunes. Nombre étudié : 6.

3 cuspides..........	2 fois.
4 —	4 —

Blancs de l'Inde. Nombre étudié : 3.

4 cuspides...........	2 fois.
3 —	1 —

Groupe Malais. Nombre étudié : 15.

4 cuspides...........	12 fois.
3 —	3 —

Groupe Philippin. Nombre étudié : 2.

4 cuspides...........	1 fois.
3 —	1 —

Indonésiens. Nombre étudié : 7.

4 cuspides...........	5 fois.
3 —	2 —

Polynésiens. Nombre étudié : 11.

4 cuspides...........	9 fois.
3 —	2 —

Papous. Nombre étudié : 21.

4 cuspides	....	14 fois.
5 —	....	1 —
3 —	....	6 —

Australiens. Nombre étudié : 3.

4 cuspides	....	1 fois.
3 —	....	2 —

Américains. Nombre étudié : 14.

4 cuspides	....	9 fois.
3 —	....	4 —
2 —	....	1 —

Africains. Nombre étudié : 27.

4 cuspides	....	16 fois.
3 —	....	11 —

Malgaches. Nombre étudié : 2.

4 cuspides	....	2 fois.

Quant à la troisième molaire, elle était si fréquemment absente ou atrophiée dans toutes les races qu'elle a été laissée dans l'ombre.

Passant du maxillaire supérieur au maxillaire opposé dont l'étude des molaires est beaucoup plus intéressante, l'on trouve, toujours d'après les statistiques de M. Topinard, que la première grosse molaire présente :

6 cuspides	dans	la proportion	d'environ	2 o/o.
5 —	—	—	de	82 o/o.
4 —	—	—	de	10 o/o.

Mes recherches m'ont donné les résultats suivants :

6 cuspides chez	2 blancs	soit un pourcentage de	12.4
6 —	2 Africains	— —	7.1
6 —	1 Australien.		

J'obtiens ainsi un pourcentage général de 3.52 o/o en léger désaccord avec M. Topinard.

Le type quinquacuspidé a été rencontré dans la proportion de 93.5 o/o et enfin le type quadricuspidé seulement deux fois, soit seulement une proportion de 1.64 o/o.

La deuxième molaire, suivant les observations de Topinard, possède :

6	cuspides dans la proportion de		1.5 o/o.
5	—	—	2.5 o/o.
4	—	—	6.4 o/o.

J'ai, pour mon compte, rencontré cinq cuspides sur cette dent, seize fois, soit un total de 11 o/o. Voici chez quelles races : Jaunes, trois fois ; Africains, deux fois ; Américains, quatre fois ; Australiens, sept fois. Il faut noter que, parmi les blancs, on ne constate pas un seul cas de deuxième molaire à type quadricuspidé et ceci sera à rapprocher un peu plus loin des trois molaires présentant chacune le type quinquacuspidé.

La proportion que j'ai obtenue du type quadricuspidé pour cette dent est de 88.3 o/o, en augmentation sensible sur le pourcentage indiqué par M. Topinard.

Enfin, la troisième molaire inférieure ne présentant pas comme son homologue supérieure de diminutions de volume, mais au contraire des augmentations notables dans tous les sens dans un grand nombre de cas, a pu être étudiée suffisamment à fond pour que des déductions aient pu en être tirées.

Toujours d'après Topinard cette dent présente :

6	cuspides dans la proportion de		3.3 o/o.
5	—	—	46.2 o/o.
4	—	—	31.1 o/o.

J'ai constaté trois fois 6 cuspides très nets dont deux fois chez un Australien et une fois chez un jaune. J'ai rencontré 5 cuspides cinquante-quatre fois, savoir : 3 blancs, 5 jaunes, 16 Africains, 5 Américains, 25 Australiens, Papous et Polynésiens.

Mon pourcentage peut donc se résumer ainsi :

6	cuspides........	3.1 o/o.
5	—	55.66 o/o.
4	—	38.14 o/o.

Enfin dans une proportion infime il m'est arrivé de rencontrer soit 3 cuspides, soit un émail plissé de telle façon qu'il était impossible de compter ceux-ci.

Enfin, phénomène excessivement intéressant dont j'ai parlé un peu plus haut, j'ai constaté sept fois la présence de 5 cuspides à chacune des trois molaires inférieures.

Le cas mérite d'autant plus d'être signalé que sur ces sept cas, cinq appartiennent à la race océanienne.

Voici du reste la description de ceux-ci avec les numéros sous lesquels ils sont inscrits dans les vitrines du Muséum :

Une fois chez un Esquimau (10243).

Une fois chez un Bengalais (810).

Cinq fois chez des Océaniens (6108), (3625), (6865), (6870), (4776).

Outre les molaires, il existe encore une dent au sujet de la morphologie de laquelle je me trouve en désaccord complet avec la plupart des auteurs. Je veux parler de la deuxième prémolaire inférieure qui est décrite dans la plupart des traités d'anatomie dentaire en général, comme ne possédant que deux cuspides. J'ai déjà attiré l'attention sur le nombre plus grand des tubercules de cette dent, et je vais montrer qu'elle présente fréquemment un ou même deux cuspides supplémentaires.

Si l'on se reporte aux tables générales de mensurations, on peut constater la présence de ces cuspides supplémentaires, phénomène qui est surtout appréciable dans les races inférieures.

Voici, du reste, résumée la liste de ces tubercules additionnels :

19	blancs...........	3 fois	3 cuspides	1 fois 4
5	jaunes...........	1 —	3 —	
2	blancs de l'Inde...	1 —	3 —	
13	groupe malais....	7 —	3 —	
2	groupe philippin..	2 —	3 —	
6	Indonésiens......	2 —	3 —	
13	Polynésiens......	8 —	3 —	

19	Papous..........	13 fois	3 cuspides	
4	Australiens			1 fois 4
25	Africains	5 —	3 —	
2	Hovas...........	1 —	3 —	

Il semble donc d'après ces divers caractères morphologiques et les dimensions des molaires des deux maxillaires, que c'est chez les Océaniens que l'on rencontre le plus fréquemment les caractères qui, d'après MM. Hamy, Gaudry et Verneau, rapprocheraient le plus les hommes actuels de cette race de l'Océanie, des hommes fossiles de la double sépulture de Menton, et en même temps de l'homme de Krapina, si l'on ne considère dans ce dernier que le volume des organes dentaires.

Ceci posé, voyons maintenant quelle étendue d'espace occupent sur les arcades dentaires les différentes dents dans les différentes races.

Si l'on vient à déployer schématiquement une arcade dentaire et à étudier les différentes mensurations que donnent les dents prises par groupes, savoir : 1° Incisives et canines ; 2° Prémolaires ; 3° Molaires, puis, à faire un total général de celles-ci, on peut constater que l'opinion émise par Cope, Osborn, Topinard, Branco, Gaudry et tant d'autres, au sujet de la diminution progressive du diamètre mésio-distal des molaires dans les races élevées, est absolument rationnelle, et surtout pour les molaires du maxillaire supérieur.

On peut en outre constater, ainsi que l'a fait M. Gaudry dans son Mémoire : *Contribution à l'étude des hommes fossiles*, que les dents actuelles sont beaucoup plus petites dans toutes leurs dimensions que ne le sont celles de certains Australiens ou que ne l'étaient celles de l'homme fossile de la double sépulture, ou bien encore celles de l'homme de Krapina.

De tout ce qui précède, si l'on vient à étudier les dents non plus séparément, mais au contraire en groupes compacts, formant ce que l'on est convenu d'appeler l'arcade dentaire, on peut poser comme principe que des deux arca-

des, supérieure et inférieure, c'est presque toujours la première qui présente le maximum de développement. La différence, il est vrai, n'est pas bien grande par chaque demi-arcade, mais elle doit cependant être notée. Je viens de dire que c'est presque toujours le maxillaire supérieur qui, déployé, l'emporte sur son antagoniste et je reviens sur ce point, car dans certains cas que je signalerai un peu plus loin, on peut se trouver en présence de l'inverse ou bien d'une égalité parfaite des deux côtés.

Si, normalement, à l'état d'occlusion des mâchoires, les dents du maxillaire inférieur doivent être recouvertes par les dents du maxillaire opposé et se trouver par conséquent inscrites à l'intérieur de la courbe décrite par ce maxillaire supérieur, on doit constater par la même occasion que la face distale des troisièmes molaires supérieures et inférieures, doit se trouver sur le même plan. Quelques explications sont nécessaires à ce sujet pour expliquer comment les deux maxillaires, dont l'un recouvre l'autre, viennent se terminer à la partie profonde de la cavité buccale sur le même plan.

On sait que le diamètre mésio-distal des incisives supérieures (centrales et latérales) l'emporte de beaucoup *suivant les races* sur le même diamètre des dents homologues. On peut dire que, lorsque les proportions *idéales* sont conservées, il y a recouvrement de deux dents par une seule et cela est surtout appréciable pour l'incisive centrale supérieure, qui surplombe son antagoniste inférieure et environ la moitié de la latérale. Il y a là une disproportion énorme dans le volume de ces deux dents antagonistes, disproportion que la nature a voulu pour permettre (ce qui, comme on le verra plus loin, ne se produit pas toujours, il s'en faut de beaucoup) l'engrènement des dents une sur deux jusqu'à la fin de la courbe dentaire, là où, comme je le disais un peu plus haut, les troisièmes molaires supérieures et inférieures voient leur face distale située sur une même ligne droite.

D'après ce qui a été dit antérieurement, et surtout d'après

l'examen attentif des tables de mensurations, on constate qu'au maxillaire inférieur, à partir des prémolaires jusqu'aux troisièmes molaires, c'est le diamètre mésio-distal qui l'emporte sur le diamètre jugo-lingual, donnant ainsi naissance à des organes à figure longue dans le sens d'avant en arrière. Au contraire au maxillaire opposé, on constate pour ainsi dire un aplatissement des dents dans le sens mésio-distal, tandis que le diamètre jugo-palatin s'amplifie de plus en plus. Cette amplification est nécessaire pour assurer l'engrènement parfait des dents ou *de la dent* antagoniste, car encore une fois l'engrènement des dents une sur deux n'est pas la règle absolue, quoi qu'en dise l'école américaine.

(A suivre.)

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES DENTS DES ENFANTS ET DES SOLDATS

PAR W. H. D.

Le rapport du médecin inspecteur des écoles publiques publié comme annexe du rapport du médecin inspecteur du comté de Londres, contient des renseignements intéressants sur l'état des dents des enfants. Les mesures commencées les années précédentes ont été continuées et il y est fourni des tableaux, donnant non seulement les tailles et les poids moyens tirés des totaux, mais encore les moyennes obtenues des enfants. Ceux-ci sont divisés en deux groupes : A écoles d'enfants pauvres surtout, B écoles d'enfants plus aisés ; ils donnent la taille et le poids pour chaque année, de 7 à 14 ans et, bien qu'ils donnent l'impression que les enfants du groupe B surpassent ceux du groupe A en poids et en taille, un examen détaillé des chiffres donne des résultats remarquables.

GARÇONS.

Age.		Taille en centimètres A.	Taille en centimètres B.	Poids en kilogrammes A.	Poids en kilogrammes B.
7	... ...	115·9	116·3	21·84	22·26
14	... ...	144·3	151·9	37·02	41·00
	Gain ...	28·4	35·6	15·18	18·74

FILLES.

Age.		Taille en centimètres A.	Taille en centimètres B.	Poids en kilogrammes A.	Poids en kilogrammes B.
7	... ...	115·7	115·2	21·27	21·11
14	... ...	148·5	153·8	40·12	42·49
	Gain ...	32·8	38·6	18·85	21·38

Cela peut s'exprimer autrement, ainsi :

GARÇONS.

AGE	A.		B.	Rapport de B à A.
7 ...	1 cm. = 18·743 grms.	=	19·140 grms. ...	B = A + ·297 grms.
14 ...	1 cm. = 25·654 »	=	26·991 » ...	B = A + 1·337 »

FILLES.

AGE	A.		B.	Rapport de B à A.
7 ...	1 cm. = 18·383 grms.	=	18·324 grms. ...	B = A — ·059 grms.
14 ...	1 cm. = 27·016 »	=	27·626 » ...	B = A + ·610 »

Si ces chiffres sont exacts, l'effet des conditions de vie meilleures des enfants B se montre non seulement dans une proportion plus

élevée de la croissance, mais en même temps l'enfant est mieux nourri ; toutefois, les filles B de 7 ans sont plus petites et moins bien nourries que les filles A du même âge.

On peut se demander toutefois si des circonstances exceptionnelles n'ont pas influencé ces chiffres, d'autant que quoique des tables donnent pour la croissance des filles pendant la onzième année une augmentation de 4 cent. 8 de la classe A, et de 7 cent. 2 de la classe B, l'augmentation de poids de B n'est que 2 kil. 34, tandis que l'enfant A, plus pauvre, d'une croissance moindre, a augmenté de 3 kil. 36, c'est-à-dire que A avec 2 c. 4 de croissance en moins a 1 kil. 02 d'augmentation de poids de plus que B.

Les chiffres publiés prouvent ou réfutent une hypothèse formulée à priori : La chute des dents temporaires et leur remplacement par les dents permanentes est si graduelle que l'effet ne s'en fait pas sentir, mais quand les premières sont cariées et tombent prématurément, pendant une période plus ou moins longue avant l'éruption de la série permanente, la dentition cesse de jouer un rôle actif. On prétend que cela a de l'effet sur la mastication et conduit même l'enfant à refuser de la nourriture, que par conséquent il en résulte une alimentation défectueuse pendant la période où l'enfant devrait se développer le plus activement et que la croissance en est entravée. La carie, dit le rapport, a une importance différente suivant qu'elle frappe la dentition temporaire ou la dentition permanente. Il est impossible de ne pas reconnaître l'importance plus grande de la dentition permanente, mais cette importance est douteuse pour la plus grande partie de la période de la vie dont s'occupe le rapport.

Chez les enfants et chez les maîtres encore jeunes, le mal de dent et la névralgie sont des causes fréquentes d'absence, dit le rapport. Sauf quand la douleur oblige l'enfant à rechercher un soulagement, les dents sont négligées presque universellement. Quelques tableaux indiquent l'état des dents des enfants et témoignent de cette négligence.

De son côté le rapport du service de santé de l'année donne pour 1905 le résultat de l'inspection dentaire des recrues, c'est-à-dire de l'état des dents de beaucoup d'enfants qui ont maintenant atteint l'âge adulte. Sur le nombre de recrues examinées 373,12 sur 1.000 étaient impropres au service militaire et sur ce nombre 72,32 pour 1.000 devaient cette inaptitude à la perte ou à la carie de beaucoup de dents, tandis que 6,04 sur 1.000 furent réformées pour ce motif dans les trois premiers mois suivant leur enrôlement. Au total 5.227 soldats furent perdus en raison de leur mauvaise dentition.

(*Brit. Dent. J.*, 15 février 1907.)

REVUE ANALYTIQUE

Un cas de rétention de la canine dans une famille entière. — L'adrénaline comme antiphlogistique. — Mort due à la suffocation par un dentier.

Un cas de rétention de la canine dans une famille entière.

Les causes énumérées dans les livres classiques ne sont pas suffisantes pour expliquer la rétention des dents. Dans le cas cité par l'auteur chez quelques individus la persistance ou l'absence de la canine temporaire n'était pas une cause de la rétention de la canine permanente.

La famille en question était composée de neuf enfants :

Le fils aîné, 31 ans, garda longtemps sa canine temporaire droite qui fut tard remplacée par la canine permanente. Une fille, 30 ans, a gardé jusqu'à cet âge sa canine temporaire droite qui fut obturée à plusieurs reprises. La couronne cassa et avant de faire l'extraction ont soumis la racine à un examen des rayons X. On découvrit la canine permanente en direction oblique et la racine temporaire en partie résorbée.

Un troisième fils, 28 ans, se fit extraire sa canine temporaire droite, la canine permanente n'a pas évolué. Une fille, 27 ans, garde ses deux canines temporaires. Un fils, 23 ans, garda jusqu'à ce moment sa canine temporaire droite, et la permanente a évolué au-dessus de celle-ci. Une fille, 19 ans, garde de même sa canine temporaire droite et la permanente évoluée au-dessus de celle-ci. Une fille, 18 ans et un garçon 13 ans, gardent encore leurs canines supérieures droites.

L'auteur regrette de n'avoir pu savoir si les parents avaient présenté la même anomalie.

(H. LEVY, Hambourg, *Deutsche Zahn. Woch.*, novembre 1907.)

L'adrénaline comme antiphlogistique.

L'adrénaline étant un vaso-constricteur par excellence remplit le rôle d'antiphlogistique car elle empêche la formation d'exsudats ce qui fait qu'on l'emploie avec succès en l'ophtalmologie contre les conjonctivites, les kératites et l'iritis. Les accidents (sclérose et nécrose de la conjonctive) qui se sont produits quelquefois ont diminué son emploi. Il est évident que l'adrénaline n'altère pas le protoplasma et n'a aucune influence nocive sur les cellules, son pouvoir antiphlogistique est attribué seulement à son action sur les vaisseaux. L'adrénaline reste longtemps dans les tissus injectés, et par son effet local c'est un médicament précieux pour combattre les inflammations locales telles que celles de la bouche dans leur commencement. L'effet d'une injection d'adrénaline peut durer quelques heures, la durée peut être augmentée jusqu'à 8 et 10 heures par une solution concentrée, pourvu que l'on ne l'ait pas injectée dans une veine, dans ce cas l'effet a disparu au bout

de 10 minutes. L'auteur a employé les injections d'adrénaline dans les périodontites aiguës, dans les cas où on ne pouvait entreprendre aucun raitement. Dans un cas il fit l'injection d'un gramme de la préparation de Merk-Ritsert, pour faire l'extraction d'une dent atteinte de périodontite aiguë, au bout de six minutes les douleurs avaient complètement disparu et le malade avait renoncé à l'extraction ; quinze autres cas sont décrits par l'auteur parmi lesquels se trouvent aussi deux cas de périodontite chronique où les douleurs disparaissent complètement après avoir été encore violentes immédiatement après l'injection.

L'auteur recommande les injections dans les cas où l'on ne peut pas entreprendre le traitement des canaux ; dents à pivots, couronnes, où le traitement avait été fait. Il faut le faire avant qu'il y ait formation d'exsudat, avant qu'il y ait lésoin des vaisseaux.

L'auteur recommande beaucoup de précautions avec l'adrénaline dont le pouvoir toxique est très grand. Il injecte 2 à 3 gouttes d'une solution 1 o/o. L'auteur a quelquefois injecté trois fois 3 gouttes, mais toujours dans un espace d'au moins *deux jours.*

Il termine par les indications suivantes :

1° L'injection se fait seulement du côté enflammé ;

2° L'injection se fait dans le tissu enflammé même toujours en tangente et jamais dans le centre d'un abcès ;

3° Pendant l'injection on peut diriger un jet de chlorure d'éthyle pour provoquer tout de suite une constriction des vaisseaux et pour empêcher que l'adrénaline ne soit chariée par les vaisseaux dilatés.

(Prof. Michel, Wurzborg, *Correspondenz Blatt für Zahnrärzte,* octobre 1907.)

Mort due à la suffocation par un dentier.

Le cas dont il s'agit concerne une femme, âgée de 69 ans, demeurant à Royton, près de Rochdale (Angleterre). Elle était sortie de son lit pour se lever et fut trouvée morte peu après sur le plancher de sa chambre. En l'examinant, le médecin constata que son dentier s'était déplacé, avait entravé sa respiration et amené la mort par suffocation.

(*Dent. Surg.*, 4 août 1906.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Aurification étanche. — Préparer la cavité comme pour un inlay et lui donner une forme rétentive au moyen de rainures ou de queues-d'aronde. Sécher et enduire de ciment. Couper un morceau de feuille d'or n° 30 ou 40 comme pour une empreinte avant un inlay et le mettre dans la cavité suivant la méthode habituelle. On obtient ainsi une cavité revêtue d'or et de ciment dans toutes ses irrégularités. Obturer avec l'or cohésif que l'opérateur emploie, en commençant par les rainures où le revêtement peut être fendu, en condensant complètement avec des fouloirs à main et en finissant comme d'ordinaire. La méthode s'applique à l'aurification la plus petite et à celle du contour le plus large et rend l'opération facile et sûre. (*Brit. D. J.*)

Stérilisation des canaux. — En 10 à 15' l'action électrolytique d'un courant galvanique constant de 1 à 2 milliampères suffit pour stériliser complètement les canaux inaccessibles aux instruments. En injectant une solution aqueuse à 75 o/o de sel ordinaire et en saturant complètement le contenu des canaux, on obtient un bon conducteur. Si l'anode du pôle positif est en platine, elle déposera du chlore, de l'oxygène et de l'acide hydrochlorique, ces ions produisant un effet antibactériel marqué. (*Dent. Cosm.*)

Articulateur anatomique en cas de couronne et de bridge. — Attacher une grande importance à l'emploi de l'articulateur anatomique en cas de couronne et de bridge. Pour le bridge, prendre l'empreinte et des modèles d'articulation de toute la bouche. Il est rarement possible de prendre l'empreinte de la moitié de la bouche, de l'articuler sur un articulateur anatomique et d'obtenir le même résultat qu'avec des moulages de toute la bouche. (*Dent. Reg.*)

Décomposition du chlorhydrate de cocaïne. — Un échantillon de chlorhydrate de cocaïne, vieux de 15 ans, qui avait manifestement été décomposé, s'était transformé en benzoate de méthyle, en acide benzoïque libre et en chlorhydrate d'ecgonine. Cette décomposition est attribuée à la trace d'eau contenue dans la forme lamellaire du chlorhydrate de cocaïne. Le sel parfaitement anhydre qui n'a pas cette structure doit seul être employé et il doit être enfermé dans des flacons parfaitement secs, protégés contre l'humidité et la lumière. (*J. Pharm. Chim.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

La Société Odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle le 30 janvier à 9 heures à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Amoëdo, président.

M. Siffre a présenté l'observation d'un accident de l'évolution d'une canine supérieure, caractérisé par une physionomie assez particulière. Il s'agit d'un enfant de 10 ans, bien portant, placé dans de bonnes conditions d'hygiène, présentant à la mâchoire supérieure, à droite, une tuméfaction ayant toutes les apparences de la banale fluxion dentaire ; pourtant cette tuméfaction datait de plusieurs mois, et les souffrances étaient nulles ; la peau était souple, de coloration normale ; sous la peau on sentait nettement une tumeur dure, lisse ; pas de douleur, pas de crépitation. Le sujet présentait encore de ce côté ses deux molaires de lait. Au-dessus de la première existait dans la gencive, un petit orifice laissant sourdre du pus. Un stylet enfoncé par cet orifice décelait à un demi-centimètre plus haut la présence d'une dent, la première prémolaire. Le volume de la tumeur tenait à la superposition des germes de la première petite molaire et de la canine, donnant une physionomie toute particulière à cet incident de l'évolution dentaire, et en imposant à ce point que, avant d'avoir pris l'avis de M. Siffre, un chirurgien se disposait à une intervention.

M. Léger Dorez a présenté une communication intitulée : *les dents humaines changent de forme et de volume depuis leur éruption jusqu'à la mort*, dont les conclusions, si elles étaient reconnues exactes, bouleverseraient les idées universellement admises sur l'émail et sa constitution. L'auteur a cru remarquer qu'au bout d'un certain temps les obturations les mieux faites (inlays, etc.), paraissent être plus grosses qu'auparavant et avoir subi un certain gonflement, leur donnant une apparence renflée. Cette apparence n'aurait pas son origine dans l'obturation même, elle dépendrait d'une modification qui aurait son siège dans l'émail, où il se serait produit un travail particulier. De même l'auteur a cru voir certaines stries de l'émail disparaître autrement que par usure. Les faits exposés par l'auteur et les raisons qu'il en donne ne nous ont pas paru probants. Les causes d'erreur sont trop nombreuses, et n'ont pas été suffisamment écartées, et surtout les conditions d'expérience n'ont pu, par leur essence même, avoir toute la rigueur scientifique désirable. Il aurait fallu prouver notamment que, au bout de quelques années, le ciment de scellement n'est pas le siège de phénomènes de dilatation ; que le tissu dentaire, au pourtour de

l'obturation n'a pas subi une usure, mécanique ou chimique, à laquelle le bloc, plus dur, aurait résisté, enfin que la disparition des stries de l'émail n'a pas tenu à l'usage de la brosse.

M. Amoëdo a fait une *étude sur un nouvel articulateur anatomique conçu d'après les lois physiologiques qui régissent les arcades dentaires chez l'homme et qu'il énonce ainsi :*

1° D'un condyle à l'autre, il y a la même distance (10 cent.) qu'il y a d'un condyle à l'unión de deux incisives inférieures au bord tranchant. C'est-à-dire, que la réunion de ces trois points forment un triangle équilatéral ;

2° L'entrecroisement des incisives (over bite) est en rapport avec l'intensité de la « courbure de compensation » (appelée aussi courbure de Spee), la longueur des cuspides, et la profondeur de la glène;

3° Le rayon de la « courbure de compensation » sera d'autant plus petit que l'entrecroisement des incisives, les cuspides des molaires, et la profondeur de la glène, seront plus grands. Par contre, ce rayon sera d'autant plus grand, que l'entrecroisement sera moindre, les molaires auront les cuspides moins longues, et la glène sera moins profonde. La « courbure de compensation » prolongée en arrière, passera par la face antérieure du condyle ;

4° Les douze dents supérieures de devant touchent également à un plan horizontal. Ce plan prolongé en arrière passerait par le col de la troisième molaire à sa partie distale. Le plan d'occlusion des quatre autres molaires monte brusquement vers le condyle. Ce plan prolongé en avant viendrait passer au col des incisives inférieures;

5° Dans les mouvements de latéralité, les séries des tubercules vestibulaires et linguaux supérieurs et inférieurs se trouvent respectivement en contact ; de ce côté le condyle pivote dans la cavité glénoïde. Du côté opposé, le condyle descend et avance, et la série des tubercules linguaux supérieurs se met en contact avec les cuspides vestibulaires inférieures. Les incisives ne se touchent pas dans ce mouvement ;

6° Dans les mouvements de propulsion de la mâchoire, le bord tranchant des incisives inférieures avance et se met en contact avec le bord tranchant des incisives supérieures. La deuxième molaire inférieure avance aussi, et vient se mettre en contact, avec la première molaire supérieure, à sa partie distale. Les bicuspides et canines restent libres, et ne se touchent pas dans ce mouvement.

Ces constatations anatomo-physiologiques, sont de la plus grande importance en prothèse. Elles trouvent leur application journalière, non seulement dans la confection des dentiers complets, mais aussi dans les dents à pivot, les travaux à ponts, les redressements, et même dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

L'ENSEIGNEMENT DE LA STOMATOLOGIE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE

Nous avons reproduit sur ce sujet, dans notre numéro du 30 décembre, un chapitre extrait d'un récent travail publié par le professeur Bouchard sur la réforme des études médicales actuellement à l'ordre du jour[1]*. La haute personnalité de l'auteur, sa grande autorité en matière d'enseignement médical, autant que la répercussion que peut avoir sur la réforme des études odontologiques la question traitée, nous obligent à l'examiner de près et à présenter ici les quelques observations qu'elle nous paraît soulever.*

Ajoutons que la plupart de ces observations s'appliquent également au rapport officiel adressé à la Commission de réforme des études médicales, le rapporteur, M. Teissier, ayant, de son côté, paraît-il, abouti à des conclusions analogues.

Nous devons constater d'abord que, pas plus dans le travail de M. le professeur Bouchard que dans le rapport de M. Teissier, il n'est question de la réforme des études odontologiques proprement dites, c'est-à-dire de réformes concernant les examens et le diplôme de chirurgien-dentiste, ni les écoles dentaires. Il n'y est question, dans la partie qui nous intéresse spécialement et à propos de l'obligation de l'étude des spécialités médicales pour les étudiants en médecine de quatrième ou de cinquième année, que de l'enseignement de la stomatologie aux médecins. Nous limitons natu-

1. *Questions relatives à la réforme des études médicales.* Professeur Ch. Bouchard, Paris, 1907.

rellement notre analyse, malgré le grand intérêt qui s'attache à ce travail, à la partie qui s'occupe de cette dernière spécialité.

*
* *

Le chapitre consacré à l'enseignement de la stomatologie débute par une déclaration générale du droit du docteur en médecine, de soigner toutes les maladies et de faire toutes les opérations, à laquelle nous ne faisons pas d'objections de principe, quoique ce droit ne soit pas reconnu dans tous les pays en ce qui concerne l'art dentaire, au moins aux Etats-Unis par exemple. Paul Bert, dans un discours très favorable aux dentistes, prononcé à la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris en 1884, l'avait déjà affirmé en ces termes : « Comment nous (les docteurs en médecine) avons le droit d'enlever... la tête... ce serait beaucoup dire, mais presque la moitié du corps et nous ne pourrions pas vous enlever une dent gênante !... Cela ne se soutient pas. » Mais si le médecin a d'une manière générale le droit de soigner toutes les maladies et de faire toutes les opérations, il est évident qu'il n'en a pas toujours la possibilité, parce qu'il n'a actuellement pendant ses études dans les Facultés de médecine, telles qu'elles sont organisées, ni le temps ni les cours nécessaires pour apprendre d'une manière suffisante toutes les spécialités qu'il a le droit d'exercer par définition et de par la loi de 1892. Tous ceux qui se sont occupés de l'enseignement médical sont d'accord sur ce point avec l'auteur.

Cela est vrai pour la plupart des spécialités médicales et l'est plus encore pour la stomatologie et pour l'art dentaire.

Les différents projets de réformes, et particulièrement celui qui nous occupe, se proposent de combler cette lacune. Dans quelle mesure cela est-il possible ? C'est ce qu'il faut examiner. Par suite de la com-

plexité de notre spécialité il faut d'abord, bien préciser les termes de la proposition, parce que, selon l'importance que l'on donnera aux études stomatologiques du médecin, il en résultera une certaine répercussion sur l'organisation actuelle de la profession dentaire.

Notre spécialité peut se diviser en :

1° Stomatologie proprement dite ou maladies de la bouche ;

2° Dentisterie opératoire ou chirurgie dentaire ;

3° Prothèse dentaire.

Nous pouvons concéder à l'auteur que la première peut être considérée comme partie intégrante de la onction médicale, de même qu'il reconnaît que la troisième est un art mécanique et par suite qu'elle n'est pas essentiellement œuvre médicale.

Reste la dentisterie opératoire sur laquelle peut seulement porter la discussion pour savoir si elle est ou n'est pas œuvre médicale. On peut la subdiviser en dentisterie d'urgence et en dentisterie complète.

* * *

Cette première division générale de notre spécialité montre bien la distinction qu'il faut établir entre les deux termes stomatologie *et* art dentaire, *qui ne sont pas équivalents et ne sauraient être employés l'un pour l'autre, comme l'a fait l'auteur, attendu que les polémiques qui divisent les dentistes en stomatologistes et odontologistes sont basées sur les différences de signification de ces deux termes.*

La stomatologie, c'est-à-dire la médecine et la chirurgie des maladies de la bouche, a bien été considérée comme étant du ressort des chirurgiens-dentistes, notamment lors des discussions au Sénat de la loi de 1892, particulièrement par le rapporteur de cette loi, l'honorable professeur Cornil. Mais, dans la pratique, c'est en petit nombre que l'on compte les chirurgiens-

dentistes qui s'en sont occupés spécialement, le plus grand nombre limitent leur pratique à la dentisterie opératoire et à la prothèse et adressent au médecin ou au chirurgien tous les cas de stomatologie proprement dite qu'ils rencontrent dans leur clientèle, tels que les affections des joues, des maxillaires, de la langue, etc., qui sont du ressort du médecin et du chirurgien, surtout du chirurgien spécialiste oto-rhino-laryngologiste.

Si donc ni la Faculté ni les services hospitaliers ne donnent à l'étudiant en médecine les moyens suffisants de s'instruire dans cette partie de la médecine, c'est une lacune qu'il faut combler. Les chirurgiens-dentistes n'y verront aucun inconvénient, bien au contraire.

Déjà des tentatives ont été faites dans cette voie par la création de services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie, installés de la façon la plus moderne, comme celui de l'hôpital de Lariboisière, par exemple.

Il suffira, comme cela est du reste indiqué, d'obliger les étudiants en médecine, pendant leur dernière année d'études, à un stage dans ces services. Si l'on y ajoute, au point de vue théorique, la création de la chaire d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté, qui est proposée et dont on a déjà tant parlé, et même si, comme vient de le faire le Service de santé colonial, en obligeant les jeunes médecins à un stage de vingt et un jours dans un service dentaire de Marseille, on complète cet enseignement par l'obligation d'un stage analogue dans un service dentaire des hôpitaux ou dans une école dentaire, on aura fourni aux jeunes médecins la possibilité d'acquérir toutes les notions de stomatologie et d'art dentaire qui leur sont indispensables, pour pouvoir donner à l'occasion quelques conseils utiles, quelques soins judicieux à leurs malades, ou même pratiquer quelques opérations dentaires d'urgence, telles que pansements calmants et obturations provisoires, tout le monde y gagnera, médecins et malades, et même les dentistes, qui l'ont souvent réclamé. En deux articles

publiés en 1903 dans la Revue de Déontologie, *nous résumions ainsi cette question :*

Pour que l'étudiant en médecine de l'Université de Paris qui se destine à la pratique de la médecine générale puisse posséder, à la fin de ses études médicales, en un minimum de temps, les notions d'art dentaire que nous croyons nécessaires, il faudrait :

1° Pour l'étude théorique, l'adjonction à la chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie en projet de quelques leçons d'odontologie (8 à 10 environ) ;

2° Pour l'étude pratique de la stomatologie, l'obligation d'un stage pour tous les étudiants en médecine dans le service de clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté et dans les autres services d'oto-rhino-laryngologie que celle-ci pourrait désigner ;

3° Pour l'étude pratique de l'odontologie, l'obligation pour les étudiants en médecine de quatrième année, d'un stage combiné d'un mois dans les écoles dentaires et dans quelques-uns des services dentaires des hôpitaux.

Et après avoir examiné les conditions de réalisation de cette réforme, nous terminions ainsi :

Ainsi donc cette réforme est réalisable. Est-ce à dire qu'elle sera prochainement réalisée ?

Souhaitons-le pour la vulgarisation de l'art dentaire, le perfectionnement de l'enseignement médical et la bonne renommée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

*
* *

Comme on le voit, nous sommes d'accord avec l'auteur, et la plupart des chirurgiens-dentistes le sont avec nous, pour reconnaître l'utilité d'adjoindre aux études médicales une partie d'enseignement odonto-stomatologique, et nous proposons même d'utiliser dans ce but le concours de l'enseignement des Ecoles dentaires.

A ce propos nous ne saurions trop nous élever contre le reproche adressé à ces écoles de recevoir avec peu d'empressement les élèves médecins.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a, dans sa dernière séance, vivement protesté contre cette allégation, à laquelle il pourrait opposer la liste des nombreux élèves médecins français et étrangers

qui viennent chaque année suivre les cours de l'institution et qui comprend plus de la moitié des 400 médecins qui, dit-on, exercent en France la profession de dentiste.

Si certains médecins stomatologistes ont tenté, en faisant appel à un étroit esprit de corps, de créer entre les dentistes et les médecins un certain antagonisme, cette mesquine rivalité n'a rencontré que très rarement un écho parmi nos élèves médecins ou dentistes. Les efforts des administrateurs de notre Ecole, unis à ceux des membres du Corps enseignant, n'ont cessé d'y opposer les principes d'union nécessaires à la grande famille médicale formulés plusieurs fois par les deux derniers doyens de la Faculté à nos séances de réouverture des cours. Ces principes paraissent de plus en plus être admis et appliqués par la majorité de nos confrères et sont, en tous cas, une règle dans le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

*
* *

Mais alors, si le médecin est devenu capable d'exercer la stomatologie et même la dentisterie d'urgence *après cet enseignement odonto-stomatologique de quelques semaines, et ces études ne peuvent pratiquement être plus étendues étant donné les autres spécialités médicales qu'il doit apprendre, la peau, la gorge, le nez, les oreilles, les yeux, les accouchements, etc., il n'en reste pas moins toute la chirurgie dentaire, ou dentisterie opératoire, et la prothèse dont nous parlerons plus loin, en un mot la* dentisterie complète, *pour laquelle un praticien spécialement préparé par un enseignement professionnel complet reste nécessaire pour assurer les besoins du public. Ce praticien, c'est le chirurgien-dentiste qu'a créé la loi de 1892. M. le professeur Bouchard se rend bien compte de sa nécessité dans l'intérêt général, et c'est pourquoi il déclare, parlant aux chirurgiens-dentistes,* qu'on ne touchera

pas à leurs droits, ni à leur recrutement ; ils garderont leurs écoles et leur diplôme *(page 106). Bien mieux (page 34) il rend justice à l'habileté manuelle des dentistes en ces termes et promet son appui à l'une des réformes que nous réclamons :*

Les Américains, qui s'y connaissent, disent que, pour l'apprentissage d'un métier, il est inutile de commencer avant 11 ans, fâcheux de commencer après 14 ans. Je ne vois guère que les dentistes qui commencent à 14 ans, et c'est à cela sans doute qu'il faut attribuer cette supériorité d'habileté manuelle qu'ont généralement les vrais dentistes comparés aux docteurs devenus dentistes. Aussi serais-je d'avis que les futurs dentistes fussent autorisés à faire une partie de leur stage avant leur première inscription, ce qui est obligatoire pour les futurs pharmaciens. (Bouchard.)

*
* *

En ce qui concerne la prothèse nous sommes d'accord avec l'auteur quand il dit que c'est un art mécanique et qu'elle n'intéresse pas l'enseignement médical. Il n'y a pas lieu de demander aux Facultés de médecine de l'enseigner pas plus d'ailleurs qu'aux cliniques ou aux services hospitaliers.

Elle n'est pas œuvre médicale, dit M. Bouchard, mais elle est œuvre dentaire ou de dentiste, au point de vue de la pratique légale, comme au point de vue de l'enseignement.

La prothèse était enseignée avant la création des écoles dentaires dans le laboratoire des dentistes par un apprentissage de 3 à 5 ans, la plupart des dentistes de ma génération l'ont apprise ainsi. C'était alors la base de l'enseignement technique du dentiste. Cet apprentissage commençait vers 14 ou 15 ans, ce qui servait en outre admirablement à développer l'habileté manuelle du futur praticien, comme le dit M. Bouchard.

Lorsque nous créâmes l'Ecole dentaire de Paris en 1879 et jusqu'au vote de la loi de 1892 nous essayâmes de maintenir le plus possible au début des études odontologiques ce stage de prothèse en accordant des

avantages scolaires divers à tous les étudiants qui avaient débuté par l'apprentissage, et cela donnait les meilleurs résultats.

Mais depuis la loi de 1892 et par suite des conditions si insuffisantes au point de vue technique dans lesquelles se subit maintenant le 3e examen qui, de l'avis de Brouardel, est de pure apparence, les laboratoires de prothèse des dentistes ont été de plus en plus désertés par les étudiants et l'apprentissage laissé à ceux qui seuls se préparent à être mécaniciens-dentistes.

Malgré cela, l'enseignement de la prothèse s'est développé dans les écoles dentaires, il se fait simultanément avec les autres études odontologiques. C'est-à-dire que pendant trois ans l'étudiant suit l'après-midi, tous les jours de deux à cinq heures, soit trois heures par jour, des travaux pratiques au laboratoire, de cinq à six heures une fois par semaine un cours théorique de prothèse, et le matin de neuf heures à midi, trois heures de cliniques diverses de prothèse sur le malade.

Donc le chirurgien-dentiste, à notre époque, a la possibilité de se préparer régulièrement dans les écoles dentaires à l'exercice de la prothèse dentaire, qu'il a le droit de pratiquer de par la loi de 1892; s'il est un certain nombre d'élèves qui le font d'une manière insuffisante, la faute ne saurait en conscience en être imputée aux Ecoles dentaires, mais bien aux examens et aux examinateurs du 3e examen qui acceptent les candidats sans qu'ils aient fait preuve de connaissances pratiques suffisantes en prothèse, aussi bien qu'en dentisterie opératoire du reste. C'est ce qui fait que certains de ces candidats négligent cette branche de leurs connaissances. Donc il faut réformer le 3e examen. C'est ce que nous demandons instamment depuis 1895.

Pratiquement la plupart des chirurgiens-dentistes ont un laboratoire de prothèse et ils fabriquent leurs

appareils eux-mêmes ou avec le concours d'un mécanicien, car cela diminue leurs frais généraux et leur assure des bénéfices notables, les diverses opérations de prothèse dentaire représentant le plus souvent environ la moitié du rapport du cabinet d'un chirurgien-dentiste, quelquefois les deux tiers.

Ceux qui font faire leurs appareils au dehors, chez des mécaniciens-dentistes dits façonniers, sont le plus petit nombre, l'exception. Il ne me semble pas, quoi qu'en pense l'auteur, que cette pratique doive se généraliser; dans tous les cas elle ne doit pas être encouragée; il y a pour cela, ce me semble, plusieurs raisons:

1° L'augmentation des frais pour les appareils exécutés par le façonnier;

2° Une exécution moins parfaite que dans le laboratoire du praticien, où celui-ci a plus facilement la surveillance du travail et la possibilité des essais successifs;

3° Les progrès qui se font journellement en prothèse tendent chaque jour à en simplifier les manœuvres de telle sorte que nombre d'entre elles sont exécutées maintenant par le chirurgien-dentiste lui-même dans son cabinet en présence de son patient.

*
* *

Donc pour conclure, nous ne pouvons que nous féliciter de la création de l'enseignement de la stomatologie dans les facultés de médecine que propose le professeur Bouchard, à condition que cet enseignement soit limité à la stomatologie proprement dite et à quelques notions de dentisterie d'urgence pour les médecins. Car espérer transformer ainsi ipso facto *le médecin en dentiste, en lui faisant miroiter des avantages matériels très exagérés, serait se faire des illusions et lui réserver des déceptions.*

La profession de dentiste a, elle aussi, ses inconvé-

nients, elle exige une habileté, une minutie sans laquelle les diverses manœuvres qu'elle comporte, conduisent à des insuccès, qui se traduisent immédiatement pour le patient, par des douleurs et souvent par la perte de l'organe traité. C'est pourquoi bon nombre de médecins à préparation dentaire insuffisante retournent bientôt à la profession médicale, après quelques essais infructueux.

Enfin il serait souhaitable que l'on profitât du mouvement de réforme médicale actuel, qui semble se faire surtout au point de vue technique, pour apporter en même temps à l'enseignement odontologique des dentistes les réformes réclamées depuis si longtemps (modification des conditions d'admission, création du stage de prothèse préliminaire de deux ans, examens annuels, réforme du troisième examen, etc.). Ces réformes sont actuellement toutes prêtes à l'Instruction publique, elles n'attendent plus, pour être réalisées, que l'achèvement de l'étude des réformes médicales. Il nous semble que ce moment est arrivé, maintenant que la publication des rapports est faite. Tant que la loi de 1892 existe, et il n'est pas dans les probabilités parlementaires qu'elle soit remplacée avant longtemps, l'État a le devoir de faire des chirurgiens-dentistes et de les faire le plus aptes possible à remplir leur fonction.

*
* *

Nous entrons du reste dans une phase nouvelle de l'évolution professionnelle, intéressante à souligner. L'action de nos écoles et de nos sociétés s'est de plus en plus imposée à l'attention des pouvoirs publics. Tous les corps élus d'abord, Parlement, Conseil général, Conseil municipal, etc., sous des formes diverses, ont rendu hommage aux efforts désintéressés et persévérants de leurs fondateurs, professeurs et administrateurs, puis les Administrations officielles, l'Assistance publique d'abord, la Faculté, l'Instruction

publique, l'Université, reconnaissant leur utilité, resserrent graduellement les liens qui les rattachent à elles, afin d'utiliser leur concours et celui de leur personnel, dans l'intérêt général.

Nous venons de montrer que, dans la réforme des études médicales, ceux qui sont les plus qualifiés pour en parler tiennent compte, eux aussi, de l'existence et de l'action des écoles dentaires.

Enfin dans notre monde professionnel lui-même, un courant d'idées analogues semble se faire jour parmi les nouvelles générations, en faveur de l'union professionnelle. Des voix autorisées s'élèvent même parmi les adversaires de la veille pour prêcher l'apaisement et rendre enfin justice à des institutions et à des confrères dont on ne peut contester l'influence sur l'évolution professionnelle depuis 25 ans. C'est un mouvement intéressant dont nous ne pouvons que nous réjouir et que nous suivrons avec intérêt.

Il y a là aussi une concession évidente aux nécessités de l'évolution, qui ne se fait pas toujours en conformité absolue avec tel ou tel idéal, mais qui nécessite des transitions graduelles que les circonstances peuvent nous permettre quelquefois d'influencer, comme cela a été l'un des résultats principaux de l'action de nos écoles. Il nous est impossible de conformer entièrement cette évolution à nos désirs ou à nos théories, ni même de la prévoir exactement; elle dépend de considérations multiples et de facteurs si divers, elle peut se modifier notamment sous l'action des Commissions officielles des Administrations publiques et du Parlement, d'où émanent les rapports, les arrêtés, les lois. Il faudrait, pour la prévoir avec quelque assurance, avoir le don de double vue. Contentons-nous donc de faire notre devoir en aidant de notre mieux à l'évolution dans le sens que nous croyons le plus pratiquement réalisable et le plus favorable à l'intérêt général, et attendons!...

CH. GODON.

UNE CONFÉRENCE A BRUXELLES

Notre excellent confrère M. Choquet est allé faire à Bruxelles, sur la demande de la Société odontologique belge, une conférence sur la configuration de l'empreinte des dents dans la composition d'un signalement judiciaire.

Cette conférence a eu le plus grand succès et Le Petit Bleu, *de Bruxelles, y a consacré l'article que nous reproduisons ci-dessous.*

TELLES DENTS, TELLE MORSURE

La question de l'anthropométrie criminelle est à l'ordre du jour. Elle a fait l'objet d'une intéressante discussion de la Chambre des représentants, à une de ses dernières séances. Car en Belgique, l'anthropométrie criminelle est encore une chose discutée !

On sait avec quelle ténacité d'efforts, et souvent, pour la confusion de la police, avec quelle adresse aussi, les individus qui ont déjà subi quelque condamnation, et qui se voient arrêtés pour un nouveau délit, s'efforcent de cacher leur identité. Aucun ne veut s'avouer récidiviste, ni goûter sans s'être défendu, aux avantages qu'entraîne cette qualité.

Un homme, à Paris, et dont il fut beaucoup parlé avec irrespect, lors de l'affaire Dreyfus, M. Alphonse Bertillon, a indiqué, depuis plus de vingt ans, le moyen de dresser le signalement d'un individu, avec une telle précision qu'il soit toujours possible de retrouver ensuite cette description parmi d'autres, en aussi grand nombre qu'elles fussent. Ce moyen s'est, à l'épreuve, révélé d'une telle efficacité, si simple et pratique, à la fois, que « bertillonner » est devenu un verbe actif, définissant une opération de police judiciaire dont aucun parquet ne pourrait plus se passer, s'il veut se reconnaître parmi l'immensité toujours croissante de sa clientèle d'abonnés à la Cour d'assise.

Mais en Belgique, le ministre de la justice ne veut pas encore du bertillonnage, non plus que d'aucun autre système d'anthropométrie criminelle, d'ailleurs ! parce que... l'Administration ne possède pas, pour les recherches de ce genre, du personnel expérimenté qu'il faudrait ! Cela ne veut pas dire, dans la bouche du ministre, qu'il ne croit pas l'anthropométrie utile, ni même indispensable, notez bien. Cela ne veut pas dire non plus qu'il n'en veut pas. Non ; cela signifie qu'il la veut trouver toute faite. Ainsi paraît d'ailleurs avoir déjà compris les intentions gouvernementales l'Office d'anthropométrie qui fonctionne, à titre officieux, au Palais de Justice de Bruxelles... Sur les principes du maître de Paris, cet Office, depuis quelques années, dresse des agents... pour quand le ministre en voudra ; et de

l'avis unanime, si humblement qu'il fonctionne en son installation précaire, il rend déjà les plus signalés... et signalétiques services.

Or, le savant professeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. J. Choquet, dans une intéressante conférence donnée l'autre samedi, à la Maison des médecins de Bruxelles, sous les auspices de la Société d'Odontologie, est venu nous apprendre le rôle important, quoique jusqu'ici inemployé, de la description des dents et de la configuration de leur empreinte, dans la composition d'un signalement judiciaire.

On sait déjà la valeur de l'empreinte du pouce, ou même de n'importe quel doigt, comme élément de recherche d'un inculpé. Que de fois, depuis la diffusion de la dactyloscopie, l'examen des taches laissées au mur, ou sur les objets rencontrés par la main sanglante d'un criminel, n'a-t-il pas été du plus grand secours auprès des juges ? L'empreinte digitale, par la constance du dessin des papilles du même doigt chez le même individu ; comme par la différence de ces dessins, venant d'individus différents, cette empreinte digitale constitue une véritable signature signalétique ; c'est le cachet mis sous son portrait, par l'individu examiné lui-même.

Tout aussi variable d'un homme à l'autre, et tout aussi constante chez le même, se trouve la configuration de l'empreinte des dents. Et M. J. Choquet, qui est l'auteur de la plus claire et profonde « Anatomie dentaire » qui existe en langue française, assure que, pour un dentiste, l'image d'une bouche, le dessin exact des mâchoires garnies, à plus forte raison leur moulage, représentent des éléments d'identification humaine absolument certains.

Avant les leçons de l'aimable chirurgien et bactériologiste de Paris, nous avions eu, d'ailleurs, ici, la prévision de ce que pouvait désormais devenir l'étude de l'empreinte des dents pour les recherches criminelles. On se souvient encore en Belgique de la fameuse pomme de « Passe-Tout-Outre »... Des malandrins tuent une vieille femme dans un village frontière du Hainaut. On arrête trois individus soupçonnés du crime, qui naturellement nient comme de beaux diables, toute participation au forfait... Oui, mais sur la table de la victime, le parquet avait retrouvé une pomme, une pomme verte encore, et en laquelle une double rangée d'incisives avait laissé leur nette et profonde empreinte... Que fait le docteur Dewez, de Mons, fin comme l'ambre ? Il envoie la pomme à ce dentiste Louis Quintin, de Bruxelles, dont la main puissante se joue, dans le dur ivoire de nos pauvres bouches douloureuses, tout comme dans la cire molle. M. Quintin embaume, pour commencer, sa pomme. Où, plus exactement, il la fait revivre ; car elle ne lui était arrivée que toute ratatinée par les manipulations. Dans un liquide isotonique, c'est-à-dire de même densité moléculaire que le jus du fruit, il rend, en quelques jours, à la

pomme, la forme exacte qu'elle possédait quand elle a été mordue. Il moule ensuite l'empreinte laissée dans la pulpe par la morsure. Et, dans ses fours électriques, il construit, en excellent mécanicien qu'il est... et en porcelaine ! deux rangées de belles dents qui doivent reproduire, jusque dans leur plus exacte et détaillée physionomie, les dents qui ont entamé la pomme. Le docteur Dewez reçoit le bijou, qui, comparaison faite, se trouve représenter le modèle exact de la denture d'un des chenapans arrêtés. C'est lui qui, le crime commis, avait porté à la bouche la pomme révélatrice. Ses dents avaient signé son œuvre.

Voilà un exemple pittoresque de l'importance que peut acquérir l'examen de la bouche des inculpés ; et la désignation sur les fiches d'identité des particularités relevées sur leurs dents. Un berger reconnaît, parmi les cent moutons de son troupeau, le mouton qu'il cherche, et qui, pour nous, ignorants de bergerie, ne paraît pas le moins du monde différent des autres. Un dentiste, tout pareillement, découvre dans les dents d'une même personne — et qui pour nous ne sont jamais, au maximum, que trente-deux petits os fort pénibles à conserver, — des milliers de signes individuels dont les combinaisons sont littéralement inépuisables en renseignements signalétiques.

Je ne puis entrer ici dans la complication spéciale des travaux véritablement effrayants de mensuration dentaires auxquels s'est livré M. J. Choquet. Malgré toute la bonne grâce et la modestie du savant lauréat du prix Broca, qui se garde bien de nous l'avouer, on sent que c'est dans un domaine vierge que M. Choquet a recueilli les faits si curieux dont il a fait part à son public. Domaine vierge !... Je veux dire quelques milliers de crânes, de toutes les races humaines, trouvés aux quatre coins du monde par les missions scientifiques françaises, et réunis au muséum de Paris. En tout cas, domaine fertile !...

Si nous n'avions pas à signaler ses fruits aux savants anthropologistes de notre bureau officieux de Bruxelles, qui, sans doute, les connaissaient bien avant nous ! — nous avions, à leur occasion, à indiquer au public une source souvent méconnue de renseignements signalétiques : les fiches dentaires qui pourront être d'une suprême importance en justice et dont nos bureaux anthropométriques, quand ils s'installeront, auront à tenir compte. Et nous avions à remercier M. J. Choquet d'avoir bien voulu nous en venir faire part, comme à féliciter MM. les membres de la Société d'Odontologie, et particulièrement M. L. Quintin, d'avoir pris l'initiative d'une réunion aussi intéressante à tous égards.

NÉCROLOGIE

M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère Mme veuve Isidore Strauss, à l'âge de 84 ans.

Nous prions M. Paul Strauss et sa famille, bien éprouvés depuis quelque temps, de vouloir bien agréer nos très vives condoléances.

*
* *

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Duchâteau père, ancien élève de l'E. D. P. et membre de l'A. G. D. F., survenue à Saint-Omer où il exerçait depuis 1879.

Nous adressons à son fils et à sa famille nos bien sincères condoléances.

*
* *

On annonce la mort de M. Thomas Fillebrown, bien connu par ses travaux scientifiques. Né le 13 janvier 1836, il est décédé le 22 janvier 1908. Il avait été nommé président de l'Académie américaine de science dentaire le 1er mai 1907.

NOUVELLES

Concours à l'École dentaire de Paris.

Les concours suivants, que nous avons annoncés dans nos numéros des 30 novembre, 30 décembre 1907, 15 janvier et 30 janvier 1908, commenceront le dimanche 23 février à l'Ecole dentaire de Paris :

Concours pour 2 postes de chef de clinique de dentisterie opératoire.
1 — — — bridges.
2 — — — chirurgie dentaire.
1 poste — — prothèse.

Nomination.

M. L. Lemerle a été nommé, par décision du Conseil de direction du 14 décembre 1907, conservateur honoraire du Musée de l Ecole dentaire de Paris.

Fête des étudiants en chirurgie dentaire.

Les élèves de deuxième année de l'Ecole dentaire de Paris offriront à leurs camarades des autres années leur fête annuelle, avec l'autorisation du Conseil de direction, le samedi 29 février dans la salle des Ingénieurs civils, 29, rue Blanche.

Le Comité est ainsi composé :

MM. Mousis, *président* ; Delaplanche, *vice-président* ; Paul-Francis Jean, *trésorier* ; Mallard, *secrétaire*.

Membres : MM. Callaud, Cotel, G. Deniau, Domain, Duittoz, Fonsèque, Georges, Guichard, Heïdé, Kirsch, Mauron et Pilley.

La fête est, paraît-il, en bonne voie d'organisation, le concours de différents artistes du Conservatoire et des Concerts de Paris est d'ores et déjà assuré.

« L'Ardente Ere », petite revue incisive et mordante, composée et interprétée par les élèves de l'Ecole, sera le clou de la soirée.

La fête se terminera par un bal, suivi de cotillon.

Un buffet servira soupers et rafraîchissements.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

Le Conseil de direction de l'A. G. D. F. se réunira le samedi soir 7 mars, à 8 h. 1/2, 45 rue de La Tour-d'Auvergne.

Une séance de démonstrations pratiques, organisée par la Société d'Odontologie de Paris, aura lieu le dimanche matin 8 mars, à 10 heures, à l'Ecole dentaire de Paris.

Le Conseil général du Groupement se réunira le dimanche matin 8 mars, à 9 heures, 45 rue de La Tour-d'Auvergne.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre que nos confrères MM. J. Vichot (de Lyon) et Gaignon père (de Choisy-le-Roi) viennent de recevoir les palmes académiques.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Nouvelle publication.

Nous avons reçu les deux premiers numéros d'une nouvelle revue, *la Bibliographie Dentaire*, publiée à Bordeaux, sous la direction de M. le professeur agrégé Cavalié.

Nous adressons à notre confrère nos vœux de prospérité.

28e ANNÉE. N° 4 29 FÉVRIER 1908 Vol. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE DES DENTS HUMAINES DANS LES DIFFÉRENTES RACES

Par J. Choquet,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Suite et fin [1].)

Pour en revenir à l'étude comparative du développement des maxillaires, j'ai dressé la table spéciale n° 9 dans laquelle chaque groupe de dents est étudié aux deux maxillaires, puis le total des différents groupes.

Parmi les crânes qui m'ont servi pour ce travail, le maximum de développement du maxillaire supérieur est rencontré chez les Patagons (hommes) avec un total de 75 mill. 3 pour chaque demi-arcade.

Les molaires seules, à couronne entièrement abrasée, donnent encore le maximum de 33.8 (n° 12.217), et ce même chiffre est retrouvé chez les Néo-Hébridais (n° 9.795), à dents présentant des cuspides intacts.

Le maximum de développement total chez la femme sera rencontré chez les Fuégiennes (n° 10.283), tandis que le maximum des molaires seules appartiendra à une Javanaise (n° 4.376), avec 32 mill.

Le minimun total de ce même maxillaire supérieur appartient aux Arabes (hommes) (n° 11.070), avec 61.1, tandis que le minimum des molaires seules revient à un blanc roumain (n° 3.712), avec 26,7.

La différence chez les femmes est assez accentuée, car le minimum total sera de 56,4 chez une Française (n° 12.808),

1. V. *L'Odontologie* du 30 janvier et 15 février 1908.

qui détiendra en outre le record du minimum des molaires seules avec 26,4.

Au maxillaire inférieur, le développement maximum total reviendra comme hommes à un Australien (n° 4.766) avec 74,3, et c'est encore ce dernier qui présentera le maximum total pour les molaires seules avec 37,9.

Le minimum total de 57,6 reviendra aux hommes, à un Kabyle (n° 6.961), qui présentera en même temps 28,5 de minimum entre molaires.

Les femmes verront s'élever le maximum total à 70,6 chez une Javanaise (n° 4.376) et le maximum entre molaires à 36,5 chez une Indigène de l'Archipel Viti.

Quant au minimum chez les femmes, il reviendra à une Française (1.894-26) avec 57,9, tandis que le même minimun, mais entre molaires, reviendra encore à une Française (n° 12.808) avec 28,5.

Parmi les crânes que j'ai étudiés et qui m'ont servi à rédiger ce travail, j'ai constaté dix-neuf fois le phénomène du développement total du maxillaire inférieur l'emportant sur celui du maxillaire opposé.

Il faut remarquer que, sur ces dix-neuf fois, on rencontre onze fois des Océaniens.

Voici du reste la nomenclature de ces 19 cas :

4.826 Chinois, 1.976 Javanais, 6.108 Archipel Gilbert, 4.859 Maori, 6.550 Hawaïen, 4.780 Archipel Viti, 4.770 Femme Papoue, 4.772 Toud, 4.771 Nouvelle-Guinée, 6.553 Néo-Calédonien, 4.764 Australien, 10.242 Esquimau, 10.286 Fuégien, 10.287 Fuégien, 11.069 Arabe, 9.877 Baïanda, 1.603 Hottentote, 6.684 Béchouana, ? Darfour.

Enfin, trois fois les deux maxillaires présentaient le même développement. Ce sont les numéros suivants : 9.200 Hébridais, 6.861 Néo-Calédonien, 308 Soudanais.

D'après les mensurations qui viennent d'être données concernant l'espace occupé sur la crête des maxillaires par toutes les dents, mais principalement par les molaires, on voit que ces dernières, au fur et à mesure qu'on se rapproche des espèces inférieures, présentent une augmentation très

nette du diamètre mésio-distal, augmentation surtout constatée au maxillaire inférieur. En outre, l'étude des dents considérées dans leurs différents diamètres, ainsi que je l'ai fait antérieurement, corrobore absolument l'opinion émise par M. Gaudry, savoir que le développement des cuspides est en proportion de l'allongement M. D. des molaires, et que cette augmentation du diamètre M. D. est en proportion directe de l'allongement des mâchoires.

Pour l'instant, il est un point sur lequel je désire attirer tout particulièrement l'attention, c'est celui du rétrécissement des mâchoires que M. Gaudry a signalé dans les races inférieures ou préhistoriques par comparaison avec la race blanche.

J'ai voulu me rendre compte des variations qui pouvaient exister entre ces différentes races, et, à mon grand étonnement, je suis arrivé à la conclusion que le diamètre lingual pris entre les molaires de chaque côté l'emporte sensiblement sur le même diamètre palatin. Et cependant, le maxillaire supérieur recouvre toujours son homologue dans la totalité des cas, aussi bien pour les prémolaires que pour les molaires.

Cela tient à ce que les dents ne sont pas implantées perpendiculairement aux maxillaires, mais, au contraire, plus ou moins obliquement. Ainsi les molaires inférieures voient l'extrémité de leurs racines tournée vers la joue, tandis qu'au contraire, la portion coronaire linguale est nettement tournée vers la langue. Au maxillaire opposé, c'est l'inverse qui se produit, et si l'on vient, comme je l'ai fait moi-même, à effectuer les mensurations au sommet de l'*alvéole*, et non au sommet de la couronne, on pourra constater que l'espace occupé entre les molaires est plus grand au maxillaire inférieur qu'au maxillaire opposé. J'ai donc fait la comparaison des maxillaires inférieurs du blanc et des différentes races, entre autres de la mâchoire de l'Australien, n° 4.764 décrite par M. Gaudry, et j'ai pu constater d'une façon indiscutable que la différence entre ces différents maxillaires ne coïncide pas avec celle que le savant auteur de la contribution à l'étude des hommes fossiles avait cru trouver. Il est du reste facile de s'en

rendre compte en examinant les tables ci-contre n° 10 qui ont été dressées spécialement à cet effet.

Les mensurations ont été prises au moyen d'un compas gradué, dont les pointes recourbées en dehors (compas maître à danser) permettaient de placer chacune de celles-ci entre les dents de chaque côté au sommet de l'*alvéole*. Il se pourrait par conséquent que le rétrécissement de la partie antérieure du maxillaire inférieur au niveau des prémolaires et des canines, rétrécissement constaté par M. Gaudry chez l'homme de la double sépulture, soit, ainsi qu'il le dit, un fait individuel n'entraînant pas forcément une déduction d'infériorité de celui-ci.

En même temps que j'effectuais ces mensurations, j'ai entrepris la recherche des maxima et des minima que l'on pouvait trouver dans les différentes dimensions purement osseuses des maxillaires, de façon à bien faire ressortir certains points qui peuvent présenter un intérêt quelconque concernant la différenciation des races.

Les résultats obtenus sont consignés à la fig. 10

Je me suis vu dans l'obligation de créer des mensurations nouvelles différant de celles qui sont utilisées ordinairement en anthropologie et j'espère que l'on voudra bien m'en excuser.

Dans les mensurations purement osseuses que j'ai effectuées, si je n'ai pas pris les moyennes, me contentant des maxima et des minima, j'ai, par contre, tenu à bien spécifier dans quelles races j'ai constaté ceux-ci.

Voici ces diverses dimensions, en millimètres :

Diamètre bi-zygomatique	maxi	151.5	Patagon.
— —	mini	105	Alfourou.
Diamètre bi-angulaire	maxi	127.2	Esquimau.
— —	mini	80	Papour.
Hauteur à la symphyse	maxi	50	Patagon.
— —	mini	24	Bengali.
Trou mentonnier à trou mentonnier	maxi	55	Tagal.
— —	mini	40	Kabyle.
Trou mentonnier à angle maxillaire inférieur	maxi	75	Néo-Hébridais.
— —	mini	50	Bengali.

Pl. 10 A.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Diamètre palatin pris au sommet des alvéoles entre :

		M^3	M^2	M^1	Pr^2	Pr^1
Blancs	Maximum	51	49	44	40	36
	Minimum	37	37	33	32	27
Jaunes	Maximum	44	43	41	41	34
	Minimum	38.5	37	35	33	27
Blancs de l'Inde	Maximum	45	43.5	43	41	33.5
	Minimum		37.5	35	33	28
Groupe Malais	Maximum	46	45	44.5	41	36
	Minimum	37.5	39	35	30	27
Négritos	Maximum	41	37	36	34	28.5
	Minimum	38	36	34	29	24
Indouisiens	Maximum	47.5	47	44	42	35
	Minimum	39.5	39	35	33	28
Polynésiens	Maximum	48	45	41	39	32
	Minimum	36	35.5	33	32	28
Australiens	Maximum	44	43	40.5	40.5	35
	Minimum	40	38.5	36	35	29
Papous	Maximum	46	48.5	41	39.5	35
	Minimum	35.5	37	29	32	28
Américains	Maximum	52	49	44	41	36
	Minimum	43	36	33	30	27
Africains	Maximum	50	48	43	41	37
	Minimum	35	36	32	30	25
Nègres	Maximum	51.7	47.4	42	40	34
	Minimum	34	36	33	30	26

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Diamètre lingual pris au sommet des alvéoles entre :

		M^3	M^2	M^1	Pr^2	Pr^1
Blancs	Maximum	57	52	43.5	30.7	28
	Minimum	45	42	34	29	24
Jaunes	Maximum	55	49	44.5	36.5	30
	Minimum	44	44	37	31	26
Blancs de l'Inde	Maximum	51	47.5	42	35.5	29
	Minimum	48	46.5	38	30	24
Groupe Malais	Maximum	57	48	44	37	31
	Minimum	46	41	35	32	24.5
Négritos	Maximum	48	42	37	31	25
	Minimum	45	39.5	33	25	19
Indouisiens	Maximum	61	64	48	41	32
	Minimum	45	43	35	31	25
Polynésiens	Maximum	56	49	43	34	29
	Minimum	44	42	36	27.5	22
Australiens	Maximum	50	46	40.5	37	29
	Minimum	47.5	43	35	30	26.5
Papous	Maximum	57	48	45	38	31
	Minimum	43	36.5	33	30	24
Américains	Maximum	60	55	45	39.5	32
	Minimum	45	40	32	31	24
Africains	Maximum	55	52	45	40	30
	Minimum	43	39	34	30	23
Nègres	Maximum	52	48	43	37	30
	Minimum	41.5	41	34	28.5	23

Trou mentonnier à apophyse coronoïde	maxi	92	Français.
— —	mini	60	Hottentote.
Trou mentonnier à condyle	maxi	123	Néo-Hébridais.
— —	mini	81	Bengali.
Angle maxillaire à condyle	maxi	83	Patagon.
— —	mini	45	Négrito.
Angle maxillaire à apophyse coronoïde	maxi	78	Patagon.
— —	mini	42	Négrito.
Apophyse coronoïde à condyle	maxi	47.4	Patagon.
— —	mini	26.4	Alfourou.
Apophyse coronoïde à apophyse coronoïde	maxi	109	Patagon.
— —	mini	79	Alfourou.
Condyle à condyle face interne	maxi	95	Patagon.
— —	mini	64.5	Alfourou.
Condyle à condyle face externe	maxi	138	Cosaque.
— —	mini	96	Patagon.
Longueur maxillaire supérieur	maxi	87.5	Néo-Calédon.
— —	mini	46	Patagon.

Au sujet de cette dernière mensuration, je ferai remarquer que je n'ai eu connaissance du travail du D[r] Verneau, concernant les modifications qu'il propose d'apporter dans la mesure du maxillaire supérieur, qu'alors que toutes mes mensurations avaient été effectuées.

Les dents ayant été étudiées en tant qu'organe pris séparément, il est utile de dire quelques mots concernant les rapports qui peuvent exister entre celles-ci à l'un et à l'autre des maxillaires.

Lorsque Tomes dans son ouvrage classique dit que chez l'homme toutes les dents sont intimement accolées les unes aux autres, on peut accepter sa définition, car les diastèmes, ou ce que l'on pourrait appeler diastèmes, chez l'homme, sont relativement rares. Lorsqu'ils existent, c'est presque toujours entre les incisives centrales supérieures et doivent plutôt être considérés comme un simple écart.

Mais, lorsque le même auteur dit dans le même traité

d'anatomie dentaire que toutes les dents de l'homme s'élèvent au même niveau, cette définition doit être considérée comme tout à fait sujette à critique.

Voyons en effet ce qui se passe à l'état d'occlusion normale des mâchoires, à condition, bien entendu, que celles-ci soient garnies de toutes leurs dents :

Si sur une photographie d'un crâne vu de profil, on vient à tracer une ligne droite venant affleurer les cuspides de la molaire la plus descendue du maxillaire supérieur, on constate que la série des dents sous-jacentes à cette ligne droite décrit une ligne plus ou moins sinueuse dont le maximun d'abaissement ou de concavité sera *toujours* localisé entre la première et la deuxième molaire.

Tantôt cette ligne sera courbe, tantôt sinueuse, tantôt en forme d'S couchée sur le côté (fig. 12).

Sur tous les crânes que comportent les collections d'anthropologie du Muséum j'ai rencontré deux fois seulement une ligne d'occlusion droite ainsi que l'a défini Tomes. On conviendra que la proportion est réellement minime. Cette définition donnée par un auteur dont l'ouvrage est entre les mains de tous les étudiants dans presque tous les pays n'est donc pas exacte. Pour bien le prouver, il suffit de placer un maxillaire supérieur sur une surface plane, une table par exemple, les cuspides des dents dirigés vers celle-ci.

Si la théorie de Tomes était vraie, tous les cuspides de toutes les dents devraient se trouver en contact parfait avec la surface de la table. Il n'en est pas ainsi et semblables cas d'occlusion dentaire sont excessivement rares, ainsi que je le disais plus haut.

Par contre, ce qui est la très grande exception chez l'adulte devient pour ainsi dire la règle chez l'enfant ne possédant que sa dentition temporaire, car, d'après mes statistiques, j'ai rencontré sur cent crânes d'enfants, quatre-vingt-dix-huit fois une ligne d'occlusion absolument droite.

J'ai déjà insisté dans un travail antérieur et je suis forcé d'y revenir aujourd'hui sur le fait suivant, que plus la ligne

d'occlusion sera sinueuse, plus les rapports du condyle avec la cavité glénoïde seront intimes.

On rencontrera en effet, dans presque tous les cas, un condyle emboîté pour ainsi dire d'une façon intense dans une cavité glénoïde à forme bien définie et la plupart du temps anguleuse.

Au contraire, dans les cas de ligne d'occlusion se rapprochant de ce que j'appellerai la ligne droite idéale de Tomes, on rencontrera *toujours* un condyle large, arrondi, en contact par un seul point avec la cavité qui doit le contenir. Et cette dernière sera floue, mal définie, surtout à la partie antérieure au niveau de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. J'ajouterai enfin que, plus la ligne d'occlusion sera sinueuse, plus il y aura contact intime entre le condyle et la cavité glénoïde, plus les condyles seront placés obliquement, rappelant en cela l'articulation temporo-maxillaire de certains carnivores chez lesquels tout mouvement de diduction est impossible.

Il s'ensuit que, lorsque l'on constatera de l'abrasion mécanique des dents, celle-ci se présentera sous un aspect particulier, différant totalement de celle occasionnée par des mouvements de diduction.

Dans ce dernier cas, toute la surface triturante est usée à plat, tandis qu'au contraire, dans le cas d'obliquité des condyles, les dents sont taillées en biseau.

Enfin, il existe encore un point sur lequel je désire attirer tout particulièrement l'attention, car la théorie que je soutiens va absolument à l'encontre de toutes celles émises en Amérique par les orthodontistes, entre autres par Case et Angle. Je veux parler des rapports des dents les unes avec les autres à l'état d'occlusion des mâchoires.

Par suite de la différence de volume des dents supérieures et inférieures, tous les auteurs s'accordent pour dire que les organes dentaires *doivent* s'engréner les uns dans les autres, c'est-à-dire qu'une dent, par exemple du maxillaire supérieur, doit être, pour ainsi dire, à cheval sur deux dents du maxillaire opposé.

Voici du reste l'opinion de M. Topinard à ce sujet :

« *D'une part, chaque dent supérieure, dans sa position moyenne, ne s'applique contre l'inférieure que par ses deux tiers postérieurs ; de l'autre, chaque molaire supérieure, dans sa position moyenne, ne porte que sur la partie antérieure de sa correspondante inférieure. Chez certains singes, c'est une véritable alternance.* »

Les auteurs américains, eux, disent à l'unanimité : « Dans une articulation normale, à l'état d'occlusion des mâchoires, chaque dent du maxillaire supérieur *doit* se rencontrer avec deux dents du maxillaire opposé. »

Au point de vue de la théorie, ceci peut sembler parfait, mais au point de vue de la réalité, il en est autrement.

En effet, au cours de discussions dans des sociétés professionnelles, j'ai le premier signalé le fait de la rencontre, tout d'abord, des molaires supérieures et inférieures, *une sur une* et non pas une sur deux. Ensuite j'ai montré plusieurs cas où ces rapports dentaires ne s'effectuaient plus ainsi, non seulement sur les molaires, mais encore sur les prémolaires et même jusqu'à l'incisive latérale.

Malgré les photographies, l'école américaine nie ce fait, disant que semblable disposition anatomique des dents est impossible.

Il faut, à mon avis, dans ces cas qui sont *excessivement fréquents*, considérer comme cause efficiente de cette articulation des dents une sur une l'augmentation du diamètre mésio-distal ou, au contraire, la diminution de ce même diamètre sur une ou plusieurs dents.

En premier lieu je placerai l'augmentation de volume de la première grosse molaire inférieure.

En second lieu, la diminution de volume de la dent correspondante supérieure.

Enfin, en dernier lieu, je signalerai l'accroissement énorme du diamètre mésio-distal de l'incisive latérale supérieure que l'on peut constater principalement chez les Malgaches.

D'après mes statistiques, j'arrive à trouver les rapports dentaires un sur un dans la proportion de 62 o/o, tout au

moins au point de vue des molaires, et un chiffre aussi élevé ne peut pas, à mon avis, être considéré comme résultant d'une anomalie. D'autant plus que ce phénomène peut être constaté aussi bien sur les crânes des races actuellement vivantes que sur ceux des races anciennes. De nombreux documents existent à cet effet, tels sont par exemple l'ouvrage de Blumenbach, publié à Göttingen en 1790, dans lequel plusieurs crânes présentent ce phénomène ; l'ostéographie de Barklay, publiée en 1819, à Edimbourg, et nombre d'autres auteurs contenant des gravures faites par des artistes, qui avaient à cœur de reproduire *exactement* ce qu'ils avaient sous les yeux.

Conclusions.

De tout ce qui précède, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les dents des hommes contemporains voient toutes leurs dimensions subir une diminution notable en raison directe du degré de civilisation ;

2° Chaque groupe de dents présente des variations ou des modifications notables qui sont encore accentuées chez la femme dans une race quelconque par une diminution indiscutable des différents diamètres ; et il est possible d'utiliser en médecine légale des tables qui ont été dressées, car, au moyen de celles-ci, on peut avec quasi-certitude identifier un organe dentaire ayant appartenu à un homme ou à une femme.

3° Les molaires supérieures voient leur dimension jugo-palatine (transverse) l'emporter sur la dimension mésio-distale (longitudinale) à l'encontre de ce qui se passe pour les dents homologues qui sont beaucoup plus longues que larges. Ce phénomène est constaté dans les deux sexes, toutes proportions gardées, et présente son maximum d'intensité dans les races inférieures, Océaniens principalement, ou bien encore chez les hommes préhistoriques de Krapina ou de Menton ;

4° Le type cuspidé pour les molaires supérieures peut être défini de la façon suivante :

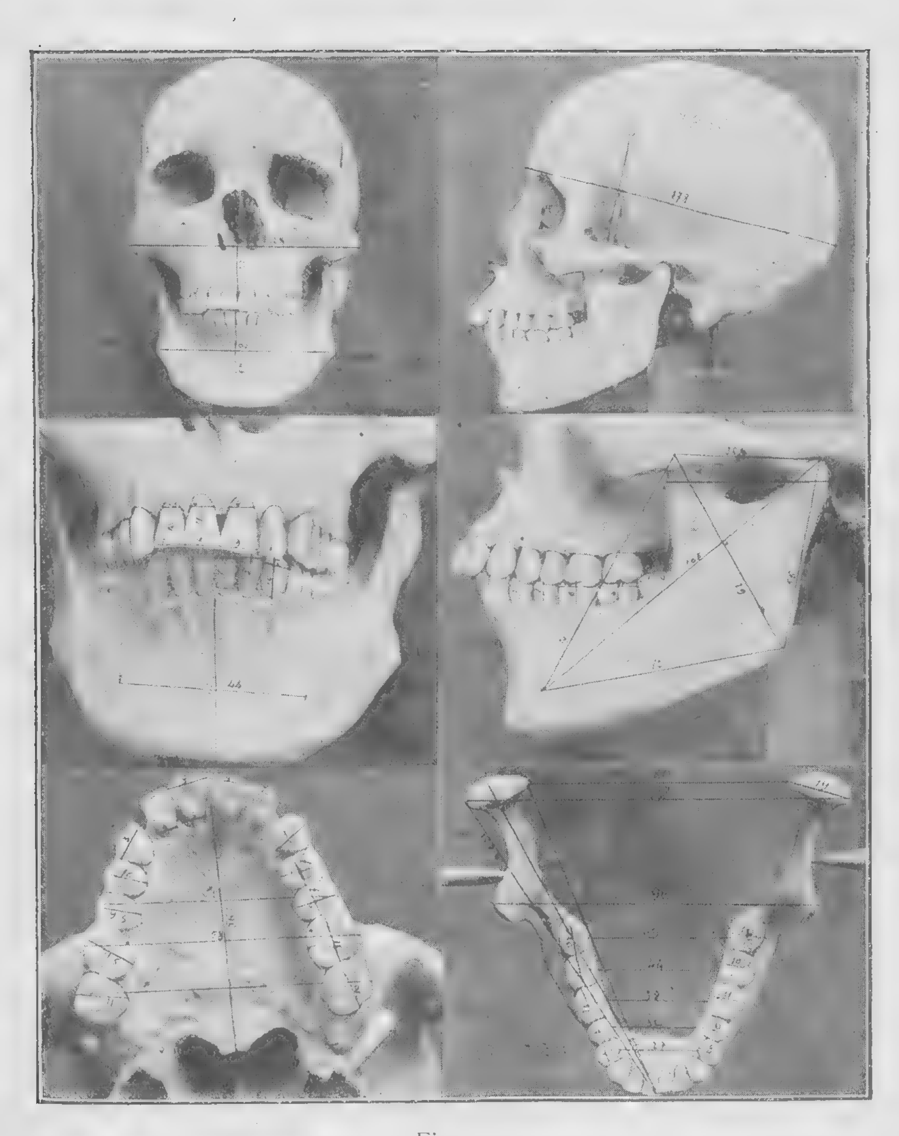


Fig. 10.

Ensemble des diverses mensurations dentaires et osseuses.

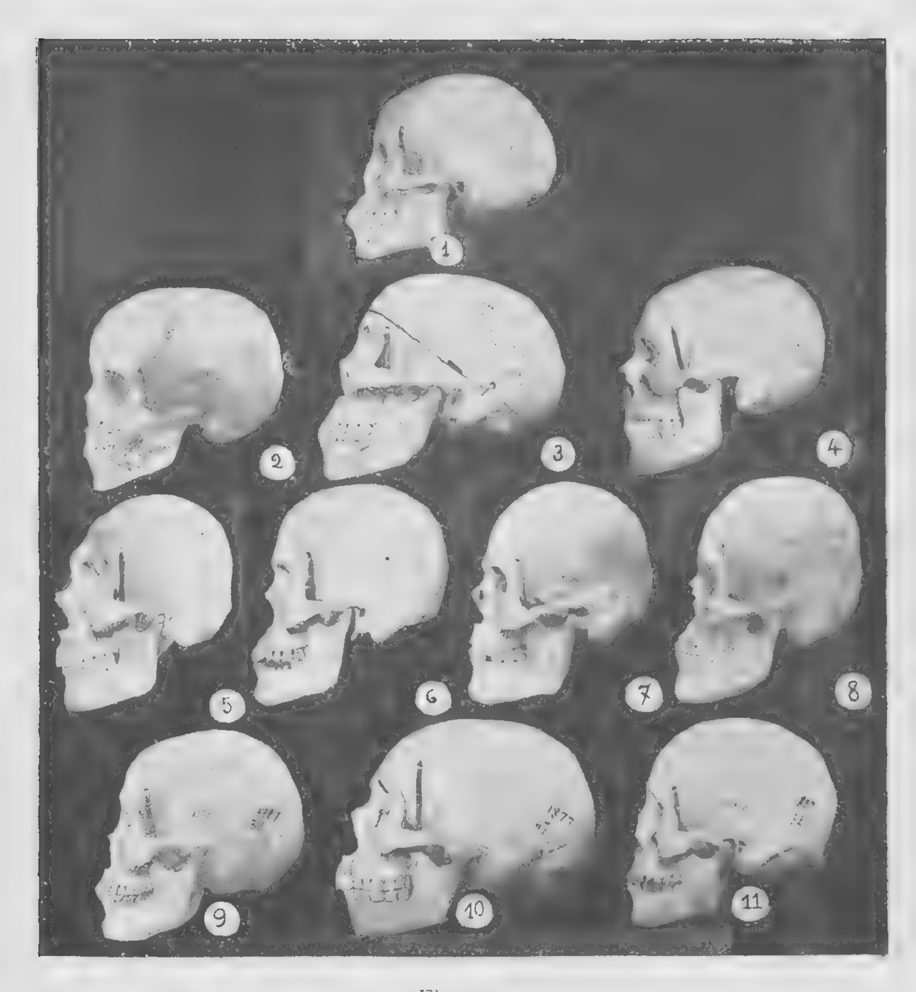


Fig. 12.

N° 1. — Articulation interdentaire par engrènement des dents une sur deux.
N° 2. — Articulation droite dans la dentition temporaire de l'enfant.
N°s 3-4. — Articulation droite de Tomes chez l'adulte. Proportion 2 pour 22.000.
N°s 5-9. — Articulation ordinaire plus ou moins sinueuse.

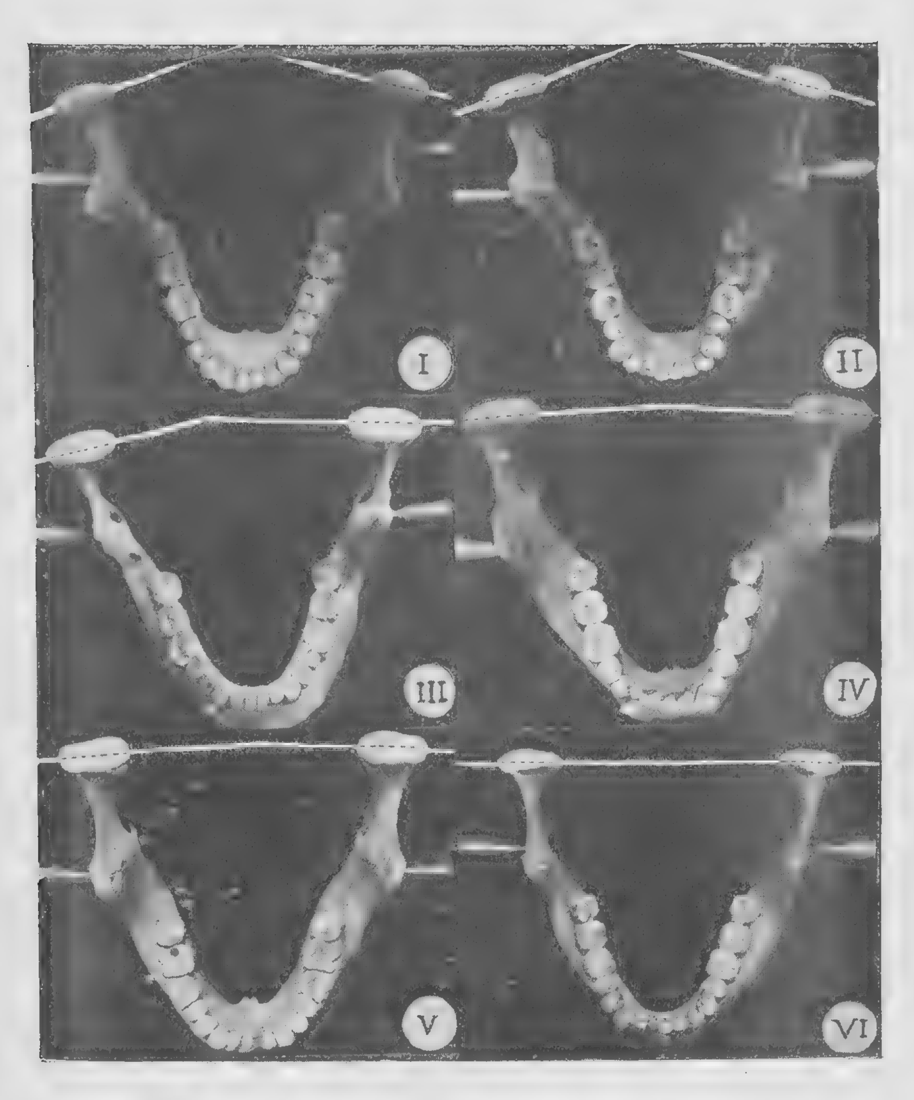


Fig. 13.

Variations dans l'obliquité des condyles.

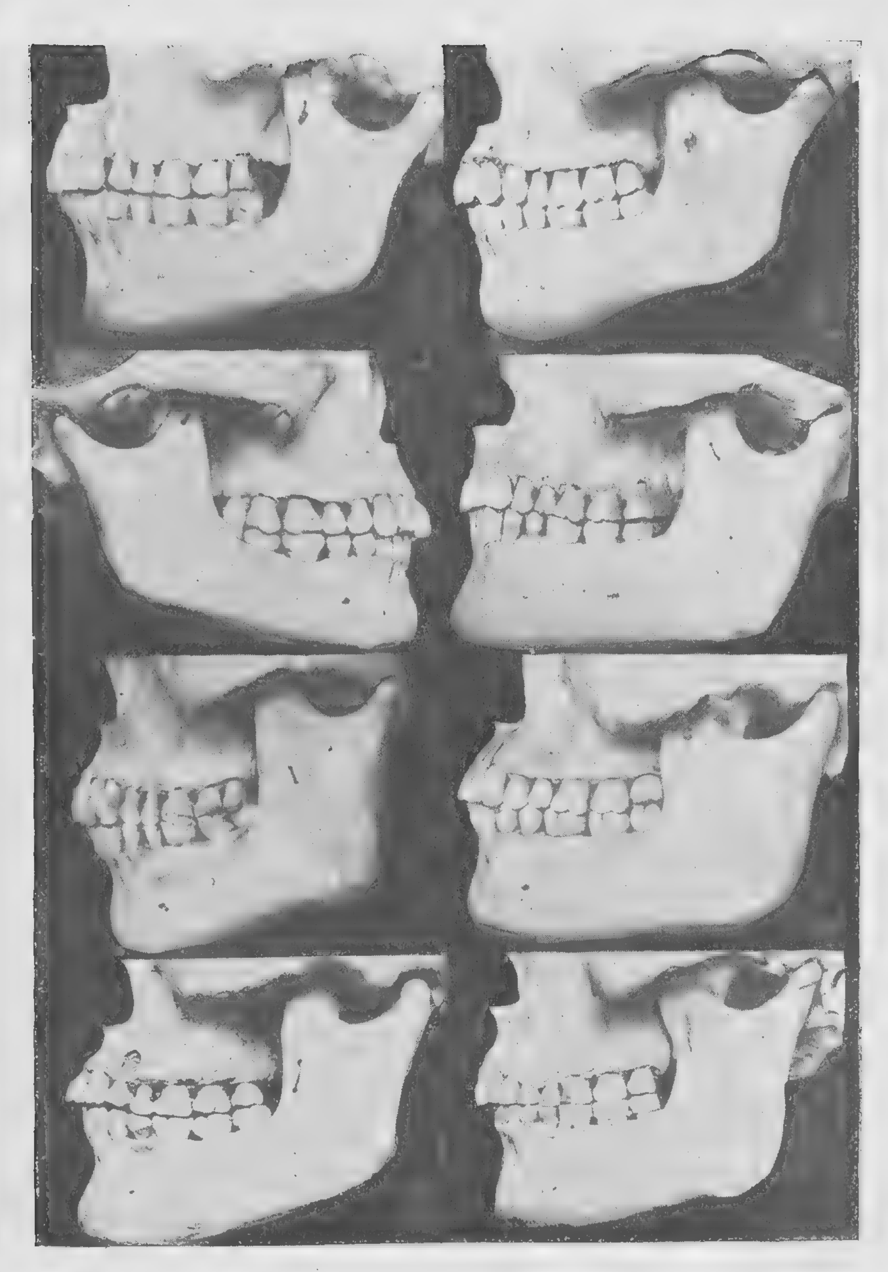


Fig. 14.

Articulation interdentaire une sur une.

1re molaire = 4 cuspides.
2e molaire = 4 cuspides.
3e molaire = X.

Il faut en outre ajouter que la 1re molaire présente *très fréquemment*, surtout dans les races civilisées actuelles, un cinquième cuspide (tubercule de Carabelli) situé à la face *mésio-palatine* de la couronne et que ce tubercule ne s'élève autant dire jamais au niveau des autres ;

5° Le type cuspidé pour les molaires *inférieures* peut être ainsi défini :

Dans les races civilisées ou dans les races inférieures la première molaire présentera toujours cinq cuspides avec une très rare exception d'un tubercule supplémentaire.

La deuxième molaire, dans les races civilisées, présentera, l'on peut dire toujours, quatre cuspides.

Au contraire, plus on aura à étudier des races inférieures, plus l'on rencontrera cet organe surmonté de cinq cuspides.

Il en sera de même pour la 3e molaire, laquelle dans les races civilisées présentera l'aspect plissé de l'émail que l'on rencontre chez le chimpanzé ou l'orang-outang, tandis que dans les races inférieures on trouvera très fréquemment quatre et même cinq tubercules ;

6° La deuxième prémolaire inférieure chez les blancs, mais principalement chez les Océaniens, est surmontée de 3 ou 4 cuspides très nets, correspondant à un nombre plus élevé des mêmes éléments cuspidiens aux vraies molaires qui suivent cette dent ;

7° D'après les mensurations signalées et les comparaisons faites avec celles de M. Gaudry, pour l'homme de la double sépulture, avec celles de M. Gorjanovic-Kramberger, concernant l'homme de Krapina, il est indiscutable que les dents de nos ancêtres en préhistorique étaient sensiblement plus fortes que celles des races actuelles ;

8° L'ouverture du maxillaire inférieur des races civilisées actuelles n'est pas plus développée que celle des races inférieures ou celle de l'homme de la double sépulture, ainsi que le pense M. Gaudry ;

9° La théorie de Tomes concernant la ligne d'occlusion, soi-disant droite, n'est applicable qu'à *l'enfant* possédant sa dentition *temporaire* ;

10° Il existe une relation très nette entre la ligne d'occlusion et l'articulation temporo-maxillaire. Plus la ligne d'occlusion se rapprochera de la ligne droite, plus la cavité glénoïde sera large, mal délimitée et le condyle mal emboîté dans cette dernière ;

11° L'articulation interdentaire qui, d'après les auteurs américains, s'effectuerait *toujours* pour les molaires par engrènement, c'est-à-dire une sur deux, s'effectue, aussi bien dans les races civilisées que dans les races inférieures, une sur une dans la proportion de 62 o/o ;

12° Les résultats des mensurations de Black ne peuvent être considérés comme parfaits et l'on doit regretter que l'auteur américain n'ait pas jugé bon d'indiquer, avant de donner ses conclusions, le nombre de crânes qu'il avait étudiés, ainsi que le sexe et la provenance de ceux-ci ;

13° Il serait réellement utile que la terminologie dentaire telle qu'elle est actuellement employée en anthropologie, soit modifiée pour éviter des confusions parfois regrettables dans l'énoncé des diverses mensurations.

En terminant ce travail, qu'il me soit permis d'adresser une fois de plus mes sincères remerciements à M. le Professeur Hamy pour sa bienveillance, ainsi que pour ses bons conseils.

J'adresse aussi à M. le Dr Verneau l'expression de toute ma reconnaissance. Je ne saurais oublier M. le Dr Delisle, non plus que M. Dédoyart qui ont bien voulu me faciliter mes recherches en mettant à ma disposition tous les crânes dont j'ai eu besoin.

Le travail que je présente est certainement loin d'être parfait, mais il pourra, je crois, rendre cependant quelques services à l'anthropologie, ne serait-ce que par la création des tables de mensurations que j'ai tout spécialement dressées pour compléter ce mémoire.

Comparaison des mensurations de la couronne de chaque dent avec les tables données par Black. N° 1

Maxillaire Supérieur

	Longueur Couronne		Races	Diam. M.D bord libre ou à face triturante		Races	Diamètre M.D au collet		Races	Diamètre J.T le plus grand		Races	Diamètres L.P et J.P au collet		Races
Incisive Centrale															
Maximum	12	13	Soudanais	10.	10,8	Tasmanien	7	8,4	Tasmanien	8				12,3	Arabe
Minimum	8	9	Breton	8	7,5	Arabe	5.5	5	Arabe	7				5,5	Français
Incisive Latérale															
Maximum	10.5	123	Soudanais	7.	8.4	Hova	5	6.5	Tasmanien Neo-Hebrid	7				8	Australien
Minimum	8	7	Français	5	6.2	Arabe	4	3,8	Arabe	5				4.8	Français
Canine															
Maximum	12	14	Mongol	9	9,5	Tagal	6	7,5	Australien	9				10	Tasmanien
Minimum	8	8	Mindanais	7	6,5	Français	4	5	Courangis	7				6	Esquimaud.
Première Prémolaire															
Maximum	9	10.6	Javanais	8	8.6	Tagal.	6	6.3	Tchoukchy	10	11.3	Tasmanien		11	Tasmanien
Minimum	7	7	Français	7	6	Français, arabe	4	4	Mindanais	8	8	Miaou		7.3	Patagon
Deuxième Prémolaire															
Maximum	9	10.3	Tasmanien	8	8.2	Néo-Hebrid	6.5	5.7	Negrito Guin.	10	11.4	[illegible]		10.3	Darfour
Minimum	7	6.3	Français	6	6	Français	4.5	4	Neo-Caled	7.5	8	Kabyle		7.5	Esquimaud
Première Molaire															
Maximum	9	9.4	Tasmanien	12	13	Dayak Java	8	9.6	Tasmanien	12	13,7	Tasmanien		13.5	Tasmanien
Minimum	7.	5	Français	9	9.2	Français, Maure	7	7	Tahitien-Dayak	11	10	Maure		9.5	Français
Deuxième Molaire															
Maximum	8	8.5	Cosaque	10	11.7	Australien	8	9.6	Loyalty, Mindanao Patagon	12.5	14,4	Tasmanien		13.6	Patagon
Minimum	6	6	Français	7	8.7	Français	6	6.7	Dayak, Patagon	10	10	Maure		9.5	Maure
Troisième Molaire															
Maximum	3	9	Canaque	11	11.4	Javanais	8	9	Neo-Caled	11.5	14.5	Australien		[illegible]	Australien
Minimum	5	5	Français	7	6.5	Havaien	5	4.5	[illegible]	8	[illegible]	[illegible]		8.8	Negrito

Maxillaire Inférieur

	Longueur Couronne		Races	Diam. M.D bord libre ou à face triturante		Races	Diamètre M.D au collet		Races	Diamètre J.Ling. le plus grand		Races	Diamètres L.L et J.Ling au collet		Races
Incisive Centrale															
Maximum	10.5	12	Bengali	6	6.4	Amboinais	5	5.5	Neo-Caled	6.5				6.8	Arabe
Minimum	7	6	Béchouana	5	4.2	Arabe	2.5	3	Français	5.5				5	Français
Incisive Latérale															
Maximum	12	11,3	Javanais	6.5	7	[illegible]	5	5	[illegible]	7.5				7,6	Neo-Caled.
Minimum	7	7	Français	5	5.3	Français	3	3	Français	6				5	Béchouana
Canine															
Maximum	12	13.9	Javanais	9	8.4	Hova	7	6.6	Patagon	10				[illegible]	Japonais
Minimum	8	8	Roumain	5	6	Miaos	3	5	Français	6				0	[illegible]
Première Prémolaire															
Maximum	9	11.5	Tasmanien	8	8.8	Australien	5	6.2	Nlle Guinée	8	[illegible]	Darfour		9.5	Tasmanien
Minimum	6.5	8	Béchouana	6	5.6	Roumain	4.5	4.3	Français	7	6.7	Esquimaud		6	Français
Deuxième Prémolaire															
Maximum	10	11.2	Tasmanien	8	9	Tasmanien	6.5	6.8	Corse	9	10.4	Tasmanien		9.6	Tasmanien
Minimum	6	5	Arabe	6.5	6	Français	4	4.5	Français	7	7	Français		0	Arabe
Première Molaire															
Maximum	10	9.5	Kabyle	12	13	[illegible]	9.5	10.7	Loyalty	11	12,6	Tasmanien		12,3	Tasmanien
Minimum	7	5	Français	11	9.5	Français	7.5	8.2	Soudanais	10	9.3	Mindanao		7.5	Français
Deuxième Molaire															
Maximum	8	11	Javanais	11	12.8	Patagon	8.5	11.4	Japonais	10.5	12	Patagon		11.8	Tasmanien
Minimum	6	6	Français	10	9.5	Breton, Cosaque	8	8	Chinois	9.5	9.3	Arabe		7.3	[illegible]
Troisième Molaire															
Maximum	6	[illegible]	[illegible]	12	13.	Iles Loyalty	9.5	10.8	Negrito	10.5	[illegible]	Darfour		10.7	[illegible]
Minimum	8	5	Tahitien	8	9	Maure	5	8	[illegible]	9	9	[illegible]		7	Français

Maxillaire Supérieur.

N° 2

Groupe	Numéros	Races	1 Sexe	2 Inc. centrale: Diam. M.D au bord libre	3 D° au collet	4 Diam. L.L au collet	5 Hauteur émail	6 Abrasion	7 Inc. latérale: Diam. M.D au bord libre	8 D° au collet	9 Diamètre L.L au collet	10 Hauteur émail	11 Abrasion	12 Canine: Diamètre M.D le plus grand	13 D° au collet	14 Diam. L.L au collet	15 Hauteur émail	16 Abrasion
Blancs	3723	Suédois	M	8.2	6.4	6.6	10		5.3	4.5	6	9.2		8	6.3	8.2	10.5	
	1726	—	F	8.5	7	6	11.4		5.8	5	6	10.5		7.4	6.3	7.5	11	
	4445	—	F	8.6	6	7.5	11		6	4	5.5	9		8.3	6	8	10.5	
	638	Cosaque	M	10	6.4	6.5	10		7	4.6	6	10.2		8.3	6.2	8.2	11.5	
	3712	Roumain	M	8	6.5	7.5	9.5		6	5.5	6.5	8.2		..	..	..	..	
	1878.8	Espagnole	F	8	6	7.3	9.2		7	4.8	6.2	8		7.5	5	8	8.2	
	2782	Français	M	8	7	7	9		5	4.5	6	7		7.5	6.5	8.8	9	
	3467	—	M	..	..	..	..		6	4	6	10		7.2	6	7.8	11	
	15867	—	M	7.4	5.5	7.2	10		6.3	5	6.3	9.5		7.5	5.5	7.5	8	
	18606	—	M	10	7.7	7.2	11.4		7.6	5.4	7.3	10.5		8.6	6	9.2	11.5	
	16898	—	M	9.5	7.2	7	11.5		7	5.4	6	10		8.2	6.2	9.5	11	
	?	—	M	8.3	6.3	6.3	10		5	4.3	5.2	8.8		7.3	5.5	8	10	
	?	—	M	9	6.3	6.3	9.8		7.3	5	6	9.5		7.5	5.5	8	9.5	
	?	—	M	..	..	..	..		7.5	5.5	6.5	9.5	+	8.2	6.5	9.2	10	+
	?	—	M	8	6.5	7	10.5		7	5	5.5	9.5		7.2	6	7.5	10	
	?	—	M	9	6.3	7	11.2		6.5	5.4	6	10		7.2	5.6	8	11	
	8113	Corse	M	9	7.6	8	11.4		7.4	5.4	7	11		8.7	6.9	9.2	11.3	
	12808	Française	F	7	5.3	6	8		5.5	4.8	6	8		6.5	5.5	7.5	9	
	1894.28	—	F	7.8	5.6	5.5	9		6.3	4.2	4.8	8		7	4.5	7	9	
Jaunes	4825	Chinois	M	8.7	6.3	6.2	9.4		6.4	4.6	6.2	8.6		7.5	5.7	7.3	9.5	
	4826	—	M	7.8	5.9	6.5	11.5		7	5.3	7	11.2		7.6	6	8.6	10	
	4822	Mongol	M	9.4	6	6.3	12.8		8	5	6.7	11.7		8.8	6	7.3	11	
	648	Tartare	M	8	6	6.2	9.5		6	4.6	5	8.2		7.2	6	7.2	8.4	
	8410	Japonais	M	9.4	6	6.8	12		8	5	6.7	11.7		8.8	6	7.3	11	
	12324	Tchoukchy	F	8.5	6.7	7.4	8	+	7.3	5.5	6.6	7	+	8.3	6.2	9	8	+
	12316	—	M	"	"	"	"		"	"	"	"		"	"	"	"	
	12325	—	M	8.3	7.2	7	8.5		6.4	4.8	6.2	6.7		8	6.3	8	7.1	
Blancs d'Inde	4331	Syck de Lahore	M	8.6	6.6	7.5	10		6.7	5	6.6	9	+	7.7	6.4	8.7	9.5	
	2016	Bengalais	M	8.8	6.5	7.2	10.8		7	5	7.3	11.9		7.6	6.3	8.4	10.8	
	810	Bengali	F	8.5	6	7	11.5		6.8	5	5.6	10.5		7	6.5	7.5	10	
Groupe Malais	4800	Amboinais	H	9.6	7	7.2	10		7	5.6	7	9		8.6	6.4	8.7	9.3	
	1063	Malais	H	9	6	7.2	10.5		7	5.2	6.6	5.5		7.3	5.5	8.2	8.7	
	6102	—	H	8.6	6.3	6.8	10.5		7	5	6.4	9		7.7	6.6	8	11	
	1271	—	H	8.4	5.5	6.3	8.7		6.6	4.3	5.9	9		7.6	5.3	7.6	9.5	
	4817	—	H	8.8	5.4	7	8.5	+	7.2	5	6.3	7.6	+	7.7	6.1	7.8	9	
	2913	—	H	9	5.8	7	11.5		7	5	6.5	10		7.2	6	8	11.2	
	4812	—	H	8.6	7.5	6.3	10	+	7.5	5.5	7	9.6	+	8.4	6	8.5	11.2	+'
	4810	Malaise	F	8.7	5.7	7.3	10.6		6.3	4	6.9	7.8		7.5	5	7.2	9.7	
	1976	Javanais	H	8.8	6.8	7	8		5.3	4.7	4.7	7		8.3	6	8.3	8.4	
	1068	—	H	8.7	6	7.3	9		7.3	4.4	6.7	7.5		7.7	5.8	8.3	9.5	
	1977	—	H	9.2	6	7	12		7.2	5.3	6.8	10.6		8.6	6.4	8.2	10	
	4816	—	H	9.5	7	7.7	10.5		7.7	5.6	6.3	7.4		8	6	8.4	8.2	+
	1952	—	H	9	6.4	7	11.2		7.2	5	6.5	10		8.2	6	8.4	11.7	
	4376	Javanaise	F	9.5	6.8	7.2	?		"	"	"	"		8.2	5.6	8.7	7.3	
	4810	Malais	H	9.4	6.4	6	10.5		7.3	5	6.5	8.4		7.6	5.2	8	10	
Groupe Philippins	[illegible]	Négrito	H	8.4	[illegible]	6.5	11.5		[illegible]	5.4	6.3	[illegible]		8	6.3	8	11.4	
	9764	Négrito	F	7.7	8	6.8	10		7	5	6.5	9.4		7.8	6	7.6	10.4	

Numéros	17 Première prémolaire: Diam. M.D par face triturante	18 D° au collet	19 Diam. J.P par face triturante	20 D° au collet	21 Hauteur émail	22 Abrasion	23 Deuxième prémolaire: Diam. M.D par face triturante	24 D° au collet	25 Diam. J.P par face triturante	26 D° collet	27 Hauteur émail	28 Abrasion
3723	6.5	5.4	9	8.5	7		6	4.5	9	8.5	6.5	
1726	6.5	5	8.5	8	8		6	4.3	9	8.3	7.4	
4445	6.4	5.3	9.5	8	8.5		6.9	4.8	9.2	8	7	
638	7	5.2	9.2	8	9.2		6.5	4.5	10	9	7.5	
3712	6.7	5	9.5	8.4	7		6.5	5.8	9.5	8.3	7	
1878.8	7.8	5	9.8	8.2	6		7	4.6	9.2	8.8	5	
2782	6	5	8.8	8.2	8		6.2	4.8	9	8.5	8	
3467	7	5	9	8	7.3		5.5	5	9	8	7	
15867	7	5.5	9	8	7		6.2	5.2	9.5	9.2	7	
18606	7.3	5	10	9	8.3		6	4.5	10	9	7.3	
16898	7.7	4.5	8.5	8.2	8.2		6.5	5	9.4	8.2	7.4	
?	6.3	5	8.6	8.3	8.2		6.4	5	9	8.5	8	
?	6.7	4.8	9.7	8.8	8		6	5	9.5	8.5	7.5	
?	7	5.5	10	10	7.5		6.8	5	10.5	10	6.5	+
?	6	4.3	9	8	6.5		6	5	9.2	8.3	6.5	
?	7.5	5	10.3	9	9.2		7	5.2	10	9	8	
8113	7.8	5.8	10	9.4	7.8		7	5	10	9.8	8.2	
12808	6	4.3	8.5	7.8	6		5	4.8	8.2	8	6.3	
1894.28	6	4.2	8.5	8.2	7.7		5.8	4.5	8.5	7.5	6.5	
4825	7.5	5.2	9.7	8.5	7.4		6.3	4.8	9	8.4	7	
4826	6.7	4.8	9.3	9.2	8		6	4.3	8.5	7.3	7.5	
4822	8	5	10.4	9.5	10		7.6	4.8	10.2	9.2	8	
648	6.4	4.8	8.5	7.6	7		6	4.8	8.8	8	6.4	
8410	8	5	10.4	9.5	10		7.5	5.5	10.5	9.5	8	
12324	7.2	5	9.3	9	6	+	6.2	5	9	8.4	6.4	
12316	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	
12325	7.2	6.3	9	8.6	7.2		6	4.8	8.6	8.2	6.8	
4331	7.2	5.2	9.6	9	7		6	5	9.5	9.2	7.5	
2016	7.3	5.7	10	9.4	8.7		6.7	5.4	9.8	9.5	8	
810	6	5	8.9	7.8	8.5		6.6	5	9.2	8.2	8	
4800	7.5	5.5	10	9.5	7.5		7.3	5.4	10	9	7	
1063	7.7	4.6	10	9.3	9.3		7	4.9	10	9	7	
6102	7.7	5.0	10	8.7	8		6.5	5	10	8.8	8.4	
1271	7.3	4.8	9.7	9.4	7.4		6.8	4.5	9.5	8.6	6.7	
4817	7.3	6	9.3	9.1	8.5		5.7	4.7	9	8.3	8.2	
2913	7.8	5.6	10.5	9.3	8		6.7	5	10.4	10	7.3	
4812	8	5.3	11	9.6	7.9		7.7	5	10.5	9.2	7	+2
4810	7.3	5	9.4	9	9.2		6.7	4.6	9.7	8.7	7.7	
1976	7.5	5.3	10.6	9.6	8.2		7.4	5.2	11.4	9.8	8	
1068	7.3	4.9	10	9.4	9		6.5	4.6	9.7	9.5	7.6	
1977	8.7	6	11	10	8		7.9	5.2	11.3	10	7.6	
4816	7.7	5	9.8	9	6.8		7.3	5	10	9.2	7.2	
1952	7.3	5	9.2	8	10.6		6.6	4.8	9	8.3	8.3	
4376	8.3	7.2	10.8	9.5	7.5		"	"	"	"	"	
4810	7.4	4.6	8.8	8.2	8		6.3	4.3	8.5	8	7.5	
[illegible]	7.6	5.5	10	9.2	8.7		6.7	5.7	10.3	9.4	8.7	
9764	7	4.6	10	9.3	7.3		6.7	4.6	10	9.4	6.8	

Numéros	29 Première gr. molaire: Diam. M.D par face triturante	30 D° au collet	31 Diam. J.P par face triturante	32 D° au collet	33 Hauteur émail	34 Nombre de cuspides	35 Abrasion	36 Deuxième gr. molaire: Diam. M.D par face triturante	37 D° au collet	38 Diam. J.P par face triturante	39 D° au collet	40 Hauteur émail	41 Nombre de cuspides	42 Abrasion	43 Troisième gr. molaire: Diam. M.D par face triturante	44 D° au collet	45 Diam. J.P par face triturante	46 D° au collet	47 Hauteur émail	48 Nombre de cuspides	49 Abrasion
3723	10	8	11.4	10.5	6.4	4	+	10	8	12	11.5	7	3		9	7	11.5	11	6	3	
1726	10	7.5	11.5	10.5	7.5	(5)		10.2	8	11.5	10.8	7	(4)		"	"	"	"	"	"	
4445	11	7.8	10.5	10	6	4		10.7	7.5	13	11.6	7.5	3		8.5	7	12	11	5	4	
638	9.5	7.3	11.5	10.6	7	4		9.4	7.5	11.5	11	7	3		8.8	6.5	11	10.5	7.5	3	
3712	10	7.5	11	10.5	6	4		9.2	7	11	10	6.5	3		7.5	5.5	11	9.5	6.5	?	
1878.8	10.5	8	11	10.5	5	4	+	9.8	8	11.3	10.5	7	3		"	"	"	"	"	"	
2782	10	7.5	11.5	11.2	8.5	4	+	9.2	7	10.5	10.3	7	(4)		9.5	7	10.2	10	6	4	
3467	10	7.7	12.5	12	7	4	+	9.2	7.3	10.5	10.8	8.5	(4)		9	7.5	11.2	10.5	7.2	4	
15867	11	8.2	11.2	10	6	4	+	9.5	7.5	11.5	11.3	7	3		9.2	7.3	11.5	11	5.6	4	
18606	11.4	8	12.3	11.5	7	(5)		8.7	7	11.5	10.7	7	(4)		10	7.6	12	11	7	?	
16898	11	7.5	12	11.2	8	4		"	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	"	
?	10.2	8	11.5	10	~~6.5~~	4		10	7.5	11.3	10.8	7	3		9.5	7.2	11	10.2	5	3	
?	10.4	7.8	11.5	11	8	4		10	7.5	12	11.5	7	(4)		9.6	7.7	12.5	12.3	9	4	
?	11	8.2	12	11	5.6	4	+'	10	8.3	12.3	11.8	6.5	3	+	9.2	8	11.2	11	6.5	4	+
?	11	9.3	12.3	11.5	7	(5)		10	8	11.5	10.5	6.3	(4)		8.5	7.5	10.5	9.2	6.3	3	
?	10.7	8.2	12	11	7	4		10	8	12	11.3	7.6	(4)		8.2	6.6	12.8	11	6	?	
8113	10.8	8.2	12	11.8	6.3	(5)		9.7	7.8	12.2	11.9	7.3	(5)		"	"	"	"	"	"	
12808	9.2	7.5	10.5	9.5	6	4		8.7	6.5	10.5	10.5	7	3		8.5	7	10.8	10.5	7	3	
1894.28	10	7	11	9.8	5.5	4		8.3	6.5	10.2	9.6	6	3		9.3	7.3	11.2	9.8	6.5	?	
4825	11	8.5	11.3	10.8	7.5	4		10	7.5	12.7	11	7	(4)		7.7	6.6	10.8	10.5	7.4	?	
4826	10	7.6	11.5	10.6	7	4	+	9	6.7	11	10	6.7	(4)		8	6.5	10.8	9.6	6	?	
4822	11	7	11.3	11	7.6	4	+	10	6.7	11.8	11.2	7.4	3	+	9.3	7.3	11.3	10	5.6	?	
648	10.2	8	11	10.5	6.4	4	+	10	8	12	11.3	6.7	3	+	8.4	8	9	7.8	4	?	
8410	10.6	8	11.6	11.3	8.2	4	+	10.4	8.5	12.6	12.4	8.2	(4)	+'	9	7.3	12	11.8	6.8	?	
12324	11	8	12	11.2	6.5	?	+2	11	8	12	11	6	(4)	+	"	"	"	"	"	"	
12316	"	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	"	
12325	10.4	8.2	11.7	11.5	5.6	?		9.5	8.2	11.5	11	6.4	?		9	7	10.8	10	5	?	
4331	10	7.7	11.4	11	6.8	4	+	10	7.7	12.6	12.2	7	(4)		10	8	11.8	11.4	7.3	?	
2016	10.5	9	12.5	11	7.6	4	+	10	8	11.5	11.3	7	3	+	"	"	"	"	"		
810	10.4	7.5	11.2	9.5	8	4		9.8	8	11.2	10	7	(4)	+'	9	7.3	12	11.8	6.8	?	
4800	11.5	9	12	11	6.5	4		10.5	8.5	12.6	12.5	6	(4)		10.2	8.2	11.6	10.7	6.5	?	
1063	10	7.5	12	11.6	7.5	4	+	9.6	7.6	11.3	11.3	6.4	(4)		8	6.6	10.5	9.9	6	?	
6102	10.9	7.8	12	11.5	7.8	(5)		9	7.8	12.2	11.6	6.5	(4)		9.8	7.5	11.5	10.5	6.3	?	
1271	10.2	7.5	11.6	10.8	8	(5)	+	9.7	8.2	11.4	10.7	6	(4)		8.5	6.8	10.3	9.6	6	?	
4817	10	7.3	11.3	11	8.2	4	+	9.2	8	12	11.7	7.3	(4)		"	"	"	"	"		
2913	10.5	8	12.5	12	6.4	4		9.2	8	13.2	12.5	8	(4)		Évolution						
4812	11	8	12.8	12	8	4	+2	10.5	8.2	13	12.5	7.5	3	+	9	7.5	12	10.7	6	?	
4810	10	7.3	11.7	11	7.6	4	+	9.8	6.4	12	11.5	6.4	(4)		10.2	8.7	12	11.2	6.5	?	
1976	10.8	8	13	12.4	7.9	4		9.2	8	13.3	12.5	7	(4)		8.6	8.6	13	12	6	?	
1068	11	7.7	12.3	11.8	7.3	4		10.5	7.8	12.7	11.8	6.4	(4)		"	"	"	"			
1977	11	7.6	13	11	7.2	(5)	+	11.2	8.3	13.5	11.6	7.3	(4)		9.3	6.8	12.3	11	8	?	
4816	11.4	8.8	12.7	12.2	7.3	(5)		9.8	8	12	11.2	7	(4)		9	8	12	11.5	6	?	
1952	10.5	8	12	12	8.2	4		10.5	8.2	12.5	12.2	6	3		"	"	"	"	"		
4376	10.6	8.4	12.3	11.3	5	4	+'	10.6	8.2	12.8	11.6	6.5	3		11.4	9	12.6	12	5.5	?	
4810	11	7.4	11.5	10.8	7.5	4	+	10	7	10.7	9.5	7	(4)		10.4	8	11	10.5	7	?	
[illegible]	10	8	11.3	10.5	6.6	4		9.8	8.3	11.2	10.2	7.5	(4)		7.5	6.8	10.2	8.8	6.5	?	
9764	10	7.5	11.8	10.9	8.7	4	+	9.4	7.8	11.3	11	9.5	3		7.7	5.4	10.7	10	5	?	

1. Sexe
2. Diamètre M.D au bord libre
3. – d° – au collet
4. – d° – L.L au collet
5. Hauteur de l'émail
6. Abrasion
7. Diamètre M.D au bord libre
8. – d° – au collet
9. – d° – L.L au collet
10. Hauteur de l'émail
11. Abrasion
12. Diamètre M.D le plus grand
13. – d° – au collet
14. – d° – L.L au collet
15. Hauteur de l'émail
16. Abrasion
17. Diamètre M.D par face triturante
18. – d° – au collet
19. – d° – J.P par face triturante
20. – d° – au collet
21. Hauteur de l'émail
22. Abrasion
23. Diamètre M.D par face triturante
24. – d° – au collet
25. – d° – J.P par face triturante
26. – d° – au collet
27. Hauteur de l'émail
28. Abrasion
29. Diamètre M.D par face triturante
30. – d° – au collet
31. – d° – J.P par face triturante
32. – d° – au collet
33. Hauteur de l'émail
34. Nombre de cuspides
35. Abrasion
36. Diamètre M.D par face triturante
37. – d° – au collet
38. – d° – J.P par face triturante
39. – d° – au collet
40. Hauteur émail
41. Nombre de cuspides
42. Abrasion
43. Diamètre M.D par face triturante
44. – d° – au collet
45. – d° – J.P par face triturante
46. – d° – au collet
47. Hauteur émail
48. Nombre de cuspides
49. Abrasion

Maxillaire Supérieur

N° 3

Groupe	Numéros	Races	1 Sexe	2 Diam M.D. au bord libre	3 D° au collet	4 Diam L.P. au collet	5 Hauteur émail	6 Abrasion	7 Diam M.D au bord libre	8 D° au collet	9 Diam L.P. au collet	10 Hauteur émail	11 Abrasion
			Incisive Centrale						Incisive Latérale				
Indonésiens	11 313	Dayak	H	8.7	6.5	6.8	7.5		7	5	6.3	7	+²
	11 321	—	H	9	5.7	7.8	8		7.3	4.6	7.3	9	
	11 322	—	H	7.6	5.2	6.4	10		6.4	4.5	6.5	10	
	11 317	—	H	8.5	5.5	7.3	7.6	+	6.5	4	5.3	7	
	4 897	Mindanais	H	9	6	6.2	9		6.8	4.5	6.2	8.6	+
	3 625	Tagal	H	9	6.5	8	11		7.8	4	7.5	11	
	6 108	Arch. Gilbert	H	8.8	6	7.5	11.3		7	5	6.6	11	+
Polynésiens	4 862	Tahitien	H	9	6.4	7	10		6.5	5	7	9.8	
	4 863	—	H	8.7	7	6	10		7.4	5	7	8.5	
	4 864	—	H	9.2	7	7	10.8		7.3	5.5	6	10.4	
	4869	Tahitienne	F	8.5	6.2	6	10.5		7	5	6.5	9.5	
	5398	Maori	H	8	6.7	7	8.3	+	6.8	5	6.7	9	+
	812	—	F	8.8	5.5	6.4	8.5	+	6.3	4.4	6	7.7	+
	4859	—	F	8	6.8	6	8.8		6.5	4.8	5.5	9	
	6546	Hawaïen	H	8	6	7	11.6		6.6	5	6.5	10	
	6549	—	H	8.5	6.2	7.3	9.5		7.5	5.7	7.3	10.2	
	6550	—	H	9	6	7.3	10		7.3	5.3	6.2	10	
	6551	—	H	8.3	5	6.7	9.5		7.4	5	6.5	9.3	
	3615	Néo Zélandais	H	8	6	6.4	6.6	+²	6.7	4.6	5.5	7	+¹
	4871	Mangariva	H	9	7.2	6.6	11.8	+	7	5.7	7.4	10.2	+
	4874	—	H	9.3	6.4	6.3	11.2		6.5	5	6	10	
Papous	4780	Archipel Viti	F	8.5	5.2	6.8	10.9		7.8	4.6	6.7	10	
	4769	Alfourou	F	9.6	6.5	7.6	11.6		8	5.5	6	10.4	
	4770	Papoue	F	8 9	7	7 2	12.3		8.2	5.5	6.7	10.5	
	4776	Tond	H	9.2	7	7.5	12.3		7.5	5	6.4	9.5	
	4772	Tond	F	9	6 6	8.2	10.5		7.4	5	6.6	9.2	
	3753	Iles Loyalty	H	9.6	5	7	10.4		7.3	5.3	6	10.4	
	7978	—	H	8.5	6	7.5	11		7.4	5.5	7	4	
	4374	Nelle Guinée	H	8.3	7.5	6.8	7.5		6.8	5.4	6.3	8	
	4771	—	H	8.5	6.5	6	9.5		7.3	5	6.5	9	
	9800	Nelles Hébrides	H	8.2	5.2	6.4	10.3		7.7	5	6.3	10	
	8296	—	H	9	6	6.4	9.5		7.3	5.2	6.2	9.8	
	9795	—	H	8.5	6.2	7	10 5		7.3	5.5	7	10	
	7583	—	H	9.6	7.7	7.3	9.4	+²	8.6	6.5	7	9.3	+²
	6870	—	H	9	6	7	10.7		7	5	6.2	10	
	6861	Néo Calédonien	H	8.7	5.3	5.8	7	+²	6.8	5	6.4	5	+¹
	6859	—	H	9.5	6	6.4	4.7	+³	6.3	5	6.2	5	+²
	6874	—	H	9	6.5	6.5	7	+	7.3	[illegible]	6.2	7.4	+
	6867	—	H	9 5	6.4	7	10	+	8	5.2	6.5	9.5	+
	6865	—	H	8.7	6	6.2	9.5		7.5	5.5	6.5	9	
	6553	—	H	8.8	6	6	11.3		7.8	5	5	10	
	20 022	—	H	8.5	6	10.5	6.6		7	5	8	6	
	9281	Néo Calédoniens	F	9.3	6	6 8	11		7.4	5	6.4	10	
Australiens	3637	Tasmanien	H	10.8	8.4	7.4	14		8.3	6.5	7.5	11.4	
	4764	Australien	H	9	7.3	7.2	11		7.2	5	6	9.8	
	4766	—	H	9.7	7.5	7.8	11.5	+	7.3	5.4	6.8	10	+²
	5326	—	F	9	7.5	6.7	7	+¹	7.6	6	8	7	+

Numéros	12 Diamètre M.D. le plus grand	13 D° au collet	14 Diam L.P. au collet	15 Hauteur émail	16 Abrasion	17 Diam M.D. par face triturante	18 D° au collet	19 Diam L.P. par face triturante	20 D° au collet	21 Hauteur émail	22 Abrasion	23 Diam M.D. par face triturante	24 D° au collet	25 Diam L.P. par face triturante	26 D° au collet	27 Hauteur émail	28 Abrasion
	Canine					Première Prémolaire						Deuxième Prémolaire					
11 313	8.5	6	8.5	8.5		6.5	4.8	9.4	8	7.3		6.4	5	9.8	9	7	+
11 321	9	6.6	9	11.4		7.7	5	10.3	10	9		7	5	10.4	10	6.5	
11 322	8	6	8.2	11		7.2	5.2	9.7	8.7	9.2		6.4	4.4	8.2	8.3	7.8	
11 317	8.4	6.2	8	8	+	7	5.5	9.2	8	5.7		6.7	6.6	9	8.4	8	+
4 897	8	5.4	7.7	8.9		7	4	8.7	8	7		6.7	4.6	9.2	8.7	7.5	
3 625	9 5	7	10	11.5		8.6	6	10.8	10.5	9		7.3	5.5	10.5	10.2	8.5	
6 108	8	6	7.5	10.5		7.3	5.2	9.3	8.5	8.3		7.2	5	9.4	8	7	
4 862	8.4	6.4	9	10.7		7.3	5.6	10	9	8		6.4	5	9.7	8.7	6.6	
4 863	7.7	6	8	11.4		7.5	5.2	10.1	9.2	8		6.5	5	9.8	8.8	7.5	
4 864	8.7	6	8	10		7.3	5	10.5	9.7	8		7.3	5	9.8	8.4	7	+
4869	8	5.6	8.7	10.5		7.3	5.2	9.5	8.6	8.6		Facette					
5398	8	6.3	8.4	10		7.3	5.2	9.5	9.5	6.7		6.3	5	9.4	9	4.5	+²
812	8	5.5	7.2	7.3	+¹	7	5	9.8	8.7	5.8	+²	6.7	4.5	9.4	8	5	+²
4859	7.5	5.7	7.7	8.5		7.2	5.2	9.2	8	7.5		6.5	4.5	9.2	8.2	6.2	+
6546	8.7	6.5	8.3	10.8		7	6	10.6	9.2	9		6.5	5	9.4	8.2	8.2	
6549	8.2	6.3	8.7	9.6		7.7	6.2	10.4	9.6	8.2		7.3	5.5	10	9.5	7.7	
6550	9.2	7	9.3	11		7.4	5	10.3	10	8		7	5.2	10	9.2	7	
6551	8	6	8.8	10.4		7.2	5.4	10	8.3	7.7		6.4	4.6	9.5	8.3	7.7	
3615	8.5	5.8	7	7.7	+²	7.3	5	10	8.5	6	+²	7	5.3	9.5	8	5.2	+¹
4871	8	6	8.3	10.6	+	7.7	5.7	10.6	9.8	9		7.2	5	10.3	9	7.8	+
4874	8.2	6	8.5	11.4		7.2	5.2	10	9	8.5		6.5	5	10	9.5	8.5	
4780	8.2	5.7	8.6	10.3		7.8	5	10	9	8		7.3	5.5	10.5	9.2	7	
4769	8.2	5.4	8.7	9.6		7.2	5	9.6	9	8		6 7	5	9.2	7.8	7	
4770	8.2	6.8	8	10.6		6.5	5	9.8	9	8.8		7	5	9 8	8.4	7	
4776	8	6	8.2	10.6		7.3	5.2	10	9.2	7.8		7.3	5	9.5	9	8	
4772	8	5.5	7.5	10.7		7	5	9.2	8.7	7.8		7.2	4 9	10	8.6	6.4	
3753	8.3	6	8.3	10.3		8	5	10	9.3	7.8		7.3	5.2	9.5	8.6	7	
7978	8.4	6.5	8	11		7.5	5.4	10.5	9.3	8.2		7	5.2	10	9	8.2	
4374	8	6.8	8.7	10		7.5	5.8	10.4	9.6	8		7.8	5.7	10.9	10.3	8.6	
4771	8.3	6.4	8.5	11.6		7.8	5.2	10	9.5	7.5		7.4	5	10	8.5	7.5	+
9800	8.2	6.3	8.5	11		7.5	5.5	10.4	9.8	8.7		6.3	4.6	10	9.4	7.2	
8296	8.4	6.4	8.5	9.6		7	5.3	9.7	8.5	7.2		8.2	5.2	10.6	9.3	7	
9795	7.6	6.3	8	8.5		8	5.7	10.5	9.5	7.6		7.5	5.3	11	9.7	7.3	
7583	8.2	7.1	8.6	9	+²	8	5.6	10.8	10	7.5	+	7.8	5.6	11	10.2	8	
6870	8	6.6	7.5	11		7.3	5	10	8.7	8		7.4	5.3	10	8.2	7.5	
6861	8	5.8	8.3	7.4	+²	7	4	9.5	8.4	4.5		6.4	4	9.2	7.5	5.6	+¹
6859	8.2	6.6	8.2	6.7	+²	6.5	5	10	9.1	5.5	+²	6.7	4.8	10.2	13	6	+²
6874	8	6.5	8.8	7.3	+	7.3	5.5	10	9.2	6.5	+	7	5	10	9.5	8	+
6867	8	6	9	8.2		7.2	5.3	10	9.3	6		6.7	5.3	10	9	7	
6865	8.1	6	8.4	10		7	5.2	10	9.5	7.5		6.6	5	9.5	9	7	
6553	7.5	5.5	7.2	10.8		7.2	5.2	9.8	8.2	8.2		7.3	5	9.6	8.5	8	
20 022	"	"	"	"		6.7	4.6	9.4	8.6	6		7	5	9.5	8.2	5.8	+²
9281	8.5	5.8	7 3	9.7		7 3	4.9	9.6	7 4	7 3		7.2	4 6	9.8	8.7	7 5	
3637	8.7	6.5	10	13.2		8	6	11.3	11	11		7.7	5.4	10.7	11	10.3	
4764	8	7.2	8.3	11		6 6	4.5	9.5	8.5	7.3		6	4.5	9.2	8.8	7.5	
4766	9.2	7.5	9.2	10	+	8	5.5	11.6	10	4		"	"	"	"	"	
5326	"	"	"	"		7.4	5	9.5	8.8	6.7		7.3	6	9.8	8.8	5.5	+²

Numéros	29 Diam M.D. par face triturante	30 D° au collet	31 Diam L.P. par face triturante	32 D° au collet	33 Hauteur émail	34 Nombre de cuspides	35 Abrasion	36 Diam M.D. par face triturante	37 D° au collet	38 Diam L.P. par face triturante	39 D° au collet	40 Hauteur émail	41 Nombre de cuspides	42 Abrasion
	Première gr. molaire							Deuxième gr. molaire						
11 313	11.3	8	12.4	11	6.5	(5)	+	10	8	12	10.5	6.5	(4)	
11 321	11.3	7.5	12.3	11	7	(5)		10	6.7	11.5	10.8	7.3	(4)	
11 322	10	7	11.4	10.5	8	4		9.3	8.3	11.5	10.8	7	3	
11 317	11	8.5	11.8	11	7.5	4	+¹	9.2	7.3	11.2	10	6.8	(4)	+
4 897	10	8.3	10.3	9.2	8	4		10.2	9.6	12	11.2	7.3	3	
3 625	11	8	12.3	12	7.5	4		10.2	8	12.5	11.5	7	(4)	
6 108	10.7	8.5	11.6	11.2	7.3	4	+	10.2	9	12	11.3	6.5	(4)	
4 862	10.2	7	11.4	11	7.5	4		10.3	8	12	11	7.5	(4)	
4 863	11.4	8	12.2	11.7	6	(5)	+	10.5	8.2	12.5	11.5	7.5	(4)	
4 864	10.2	7.3	12.4	11.4	8	4	+	10.3	8.2	12.4	12.2	7.5	?	+²
4869	10	7.8	11	10	6.9	4		9.5	7	11	10	7 8	3	
5398	9	7.5	11.2	10.7	?	?	+³	10	8.2	12.3	11.8	4	?	+²
812	11.2	8.6	12	10.9	5	4	+³	9	7.5	12	11.2	5.5	(4)	+²
4859	10	8	11.4	10	6 6	4	+	10	7.5	11.7	10.5	6	3	
6546	10	7.3	11.4	10.5	7	4	+	9.8	7.7	11.5	10.4	8	(4)	
6549	10.4	8.2	11.7	11	7.5	4		10	8.7	12.2	12	8.5	(4)	
6550	11	8	12	11.4	7.2	4	+	10	8	12.3	12	7.4	(4)	
6551	10	8.4	11.7	10.6	8.4	4		9.9	8.2	12	11.2	8	(4)	
3615	10.4	8	11.2	10 5	5	4	+²	10	7.8	11.8	10 8	6	(4)	+¹
4871	10.6	8.5	12.6	11.7	7	4	+²	10.6	8.2	12.3	11	7.3	(?)	+²
4874	10	8	12.3	11.5	7	4		10	8.8	12.5	12.2	7	(4)	
4780	10.5	8 2	11 8	10.5	6.3	4		10	8.2	12.5	11.7	6.7	(4)	
4769	11.2	7.3	11.7	11 2	6.8	4		9.6	7 3	10.7	10.3	6	(4)	
4770	9.6	7.7	11	10.7	6	4		9.5	7 7	11	10.7	6.5	(4)	
4776	11.8	8	12.6	11.5	6	4		12	8.5	12.4	11.6	6	(4)	
4772	10.8	8	12.2	11.5	7.4	4		10.8	7.3	12	11	7.5	3	
3753	11.4	7.5	12	11	7.2	4		10.6	7.7	12.5	10.8	7	(4)	
7978	11	8.4	12.5	11.4	7	4		11.5	9.5	13	12.3	7	(4)	
4374	11.2	8.2	13.2	12.5	6.3	4	+	"	"	"	"	"	"	
4771	11.3	8.8	12.3	12.2	6.7	4	+¹	10.6	8	12.6	10.5	7	3	+²
9800	10	7.6	11.4	10.5	7.7	4	+	9	7.2	11.6	11	7.5	(4)	
8296	11.2	8.5	12.5	10.7	7.7	4		9.3	7.8	12.3	11.4	8	(4)	
9795	11.4	8.7	12.3	11.8	7	4	+	11.2	8.5	12.5	12.2	6.4	3	
7583	12	8	13	11.7	6.5	4	+	11.3	8	14	12.6	7.3	(4)	+
6870	12.4	8	12	11	8.5	4		11.2	8	13.8	11	7	3	
6861	10.7	8.2	11.4	11.1	6.5	4	+	9.2	7.3	11.4	10.1	6	(4)	
6859	10.5	8.4	12.3	10.7	6.7	4	+	8.6	7.3	11.7	12	7	(4)	
6874	11.2	8.5	12.5	12	8	4	+	10.5	8	12.2	11.5	7.3	3	+
6867	11.2	9.2	12.5	11.8	6	4		10	8.8	12.5	12	7.2	(4)	
6865	10.8	8.3	11.5	11	6.4	4		11	8.8	12	11.8	7	(5)	
6553	11.5	8	11.4	10.7	6.4	4		10.5	7.5	12.2	11.4	6.6	(4)	
20 022	10	7.8	11	10	5	4	+²	10	7.8	12	10.8	6	3	+²
9281	10.4	7.8	11.5	11	7 3	4	+	10.4	9.5	12.4	11.7	8.4	(4)	
3637	11.6	9.6	13.7	13.5	9.4	4		11	9.5	14.4	14	10.4	3	
4764	10.5	8.4	12	11.3	6	4	+	8.7	7.5	11.2	10.5	6	(4)	
4766	"	"	"	"	"	"		11.7	8.5	14	13 3	6.5	?	+³
5326	10.9	8	13	11.5	5 5	4	+²	10	8	12	10.6	5 5	3	+²

Numéros	43 Diam M.D. par face triturante	44 D° au collet	45 Diam L.P. par face triturante	46 D° au collet	47 Hauteur émail	48 Nombre de cuspides	49 Abrasion
	Troisième gr. molaire						
11 313	9.5	8	11.5	9.8	7	?	
11 321	10	8.8	12.5	14.4	7.7	?	
11 322	Absent						
11 317	10	7.7	11.5	10.5	7.5	?	
4 897	"	"	"	"	"		
3 625	10	7.5	11.8	10.5	6.4	?	
6 108	8.7	7.2	11	10	6		
4 862	9.6	7.3	10.7	10	6.5		
4 863	8	6	12	11.2	6.5		
4 864	7.3	6	9.5	8.3	5		
4869	8.5	7.5	11.3	10 6	6		
5398	"	"	"	"	"		
812	9.2	7.3	11	10	6		
4859	9	6	10	8.6	5.5		
6546	8.4	6.7	12.3	10.9	7.5		
6549	9.6	7.6	12	11.9	7.8		
6550	6.5	4.5	11	10.5	6		
6551	10	7.5	11.6	9.6	7.5		
3615	9	7.5	11.8	11	6.4		
4871	7.8	6.2	11.2	10.5	6		
4874	8.5	6.8	11	10	6		
4780	10	8	12.3	11.4	6.3		
4769	Evolution						
4770	8	6.3	11	10 8	6		
4776	9	6.5	12.2	10.5	6.7		
4772	9.5	7	11.5	11	6.5		
3753	10.7	8.5	12	10.6	6		
7978	Manque						
4374	"	"	"	"	"		
4771	9.8	7.5	12.5	11	5.7		
9800	8.9	7	11.8	10.4	6.2		
8296	9.5	7.8	12.8	10.5	6.7		
9795	11.2	8	13	12.5	6		
7583	9.6	6.6	12	10	7		
6870	Evolution						
6861	9	6	11	9.6	6		
6859	9.6	8	12.3	11.8	5.5		
6874	9.8	8	11.7	10.7	6.5		
6867	10	9	12	12.2	6		
6865	10	8	11.6	11	6.5		
6553	8.2	7	9	7.8	7		
20 022	9	7.5	11.5	10.5	4.5		
9281	10	7.7	11.9	11	6		
3637	Evolution						
4764	9	8	10	9.4	5.8		
4766	10.4	7.3	14.5	13 3	6.4		
5326	9	8	12.3	11 5	6.8		

1. Sexe
2. Diam M.D. au bord libre
3. - d° - au collet
4. - d° - L.P. au collet
5. Hauteur émail
6. Abrasion
7. Diam M.D au bord libre
8. - d° - au collet
9. - d° - L.P. au collet
10. Hauteur émail
11. Abrasion
12. Diam M.D. le plus grand
13. - d° - au collet
14. - d° - L.P. au collet
15. Hauteur émail
16. Abrasion
17. Diam M.D. par face triturante
18. - d° - au collet
19. - d° - I.P. par face triturante
20. - d° - au collet
21. Hauteur émail
22. Abrasion
23. Diam M.D par face triturante
24. - d° - au collet
25. - d° - I.P. par face triturante
26. - d° - au collet
27. Hauteur émail
28. Abrasion
29. Diam M.D par face triturante
30. - d° - au collet
31. - d° - I.P. par face triturante
32. - d° - au collet
33. Hauteur émail
34. Nombre de cuspides
35. Abrasion
36. Diam M.D par face triturante
37. - d° - au collet
38. - d° - I.P. par face triturante
39. - d° - au collet
40. Hauteur émail
41. Nombre de cuspides
42. Abrasion
43. Diam M.D. par face triturante
44. - d° - au collet
45. - d° - I.P. par face triturante
46. - d° - au collet
47. Hauteur émail
48. Nombre de cuspides
49. Abrasion

Maxillaire Supérieur

N° 4

Groupe	N°	Race	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
			Incisive Centrale						Incisive latérale					Canine					Première Prémolaire						Deuxième Prémolaire						Première gr. Molaire							Deuxième gr. Molaire							Troisième gr. Molaire						
Américains	~105	Californien	H	8.3	6	7.7	7.4	+	7	5.4	6.6	8.8	+	8.3	6.8	8	7.6	+	7	4.6	9.6	8.5	5.5	+	6.6	5	9.8	8.8	6	+	9.2	7.3	11.7	10.4	5	4	$+^1$	10	7.5	11.7	11	7.3	(4)		7.2	5	10.4	9.5	5.5	?	
	10.242	Esquimaud	H	8.9	6.6	6.6	9.4	+	7.4	5	5	10.3	+	7.4	6	8.4	10	+	6.4	4.7	8.7	8	7.3		6.4	4.8	8.7	7.7	7		10.2	8.3	12.2	12	7.3	4	+	9	8.2	12.4	11.7	6.4	3		8.2	6.8	12	11.4	6	?	
	10.243	—	F	8.5	6	6.4	8.8	+	6.5	4.4	5.8	7.5	+	7.7	5.6	7.3	9.4	+	7	4	8.8	7	7		6.4	4.2	8.5	7.3	6.5		10.7	8	11.9	11.2	6	4	+	9.3	7.8	11.2	10	6	3		8.7	6.4	10	9	5.6	?	
	10.244	—	P	6.8	5.9	4.9	6	$+^2$	6	5	4.9	6	$+^2$	7.8	6.8	6	8.2	$+^1$	6.6	5.2	8.9	8.2	5.5	$+^2$	5.5	4.6	8.2	7.5	3	$+^3$	9.3	8	11.6	11.6	2.3	?	$+^4$	9.8	8.2	12.4	11	3	2	$+^3$	8	7	11	9.8	5.5	?	
	10.2[illegible]	Fuégien	H	9	6.4	6	9.8		7	5	5.5	8.5		7.7	6	7	8.5		7	5	8.5	7.5	6.5		7	4.8	8.8	7.3	5		10.5	8.5	10.5	9.8	6	+	+	9	7.5	10	10	6.5	3	+	9.2	7.7	10.8	9.6	5.3	?	
	10.28[illegible]	—	P	8.2	5.7	6.8	10		7.3	5.4	6.5	9.4		8	5.6	7.2	9		7.3	5	9	7.6	7.5		7.2	4.6	9.6	8	6		10.8	8	11	10	6	4	+	10.8	8.2	11	9.5	6.5	(4)			Manquante					
	10.283	—	F	8.5	6	7	10.3		7.3	5	6	10		9	6.5	7.8	10		7.8	5	9	7.5	7		7.8	5	9.3	7.8	7		11.3	8	12.2	11	6.5	(5)	+	11	9.6	12.2	11	6.7	(4)		9.2	7.3	11	10.2	7	?	
	12.19[illegible]	Patagon	H	8	7.3	7.3	6	$+^2$	7	5.5	~	4.7	$+^2$	6.5	6.3	8.5	4.5	$+^2$	6	5.5	10	8.5	3.8	$+^3$	6.6	5.4	8.5	8.2	2	$+^4$	9	7.8	12	11.3	4.5	?	$+^4$	10.6	8.5	11.7	11	6.4	?	$+^4$	9.4	7.5	10	9	4.8	?	
	12.1[illegible]	—	H	9.3	7	7.8	8.7		7.6	5.7	7	8.5		9	6.8	9	9.4		7.5	5.3	10.3	9.4	6.8		6.7	5	10	8.7	6.2		11	8.2	12.2	11	5.6	4	$+^1$	9.8	8.2	12.2	10.8	5.5	(4)	$+^1$	10	7.5	10.8	9.5	5.7	?	
	12.222	—	H	8.7	5.6	6.5	9.2		7.3	5	5.8	9		8	6	8.3	10		7	5	9.3	8.3	7.3		7	5	9.2	8.2	6.4		10.5	8	12	11.5	8	4	+	9.5	8	11.8	11	8	(4)	$+^1$	"	"	"	"	"	"	
	12.225	—	H	8.2	6	7	6.2	$+^2$	7.4	5	7.3	6	$+^1$	8.7	6.8	8.7	8	$+^2$	7.8	5.8	10.4	9.2	6.4	$+^2$	6	4.6	9.4	8.6	5	$+^3$	10	8	12.4	10.2	5.6	?	$+^3$	11.6	9	11.2	11	7	(4)	$+^1$	10	7	12.2	11	6.5	?	
	12.221	—	H	6	?	?	6		?	4.6	6	?		?	7.4	8.7	?		"	"	"	"	"		7	5.6	10.5	9.4	?	$+^4$	10.5	8.5	12.8	11.7	7	?	$+^4$	11.5	8.8	13	12	7	?	$+^3$	10	8	13	10.5	6	?	$+^2$
	12.242	—	H	8	7	8	5	$+^2$	7.5	6.2	7.2	6	$+^2$	8.7	6.2	9	6.5	$+^2$	7.5	5.5	10.5	10.2	4.5	$+^2$	7.35	5.5	10.5	9.8	4.5	$+^3$	10	7.6	13	12	5	?	$+^3$	11	8.4	12.8	12.2	5	?	$+^3$	10	7.5	11.7	11.2	5.5	?	$+^1$
	12.232	—	H	9.5	6.5	7.5	10.5		7.3	5.6	6.4	9		8.5	6.5	8	11		7.2	5.5	9.4	9.2	6.5		7	5	9.2	8.8	5.5		12	8.2	12.3	11.5	7	4	+	10.5	8	12	11	6.5	3		9.5	7.3	11.2	10	[illegible]	?	
	12.201	—	H	9.3	7.3	7	7.8	+	8	6	7	8	+	9.2	7	9	7.5	+	7.8	5.5	10.2	9.2	6.5	$+^1$	7.2	5	10.2	10	6.3	$+^2$	11.8	8.7	13.3	13	7	4	$+^2$	12	9	13.6	13.2	6.2	(4)	$+^2$	10	7	12	11	7	?	
	12.231	—	H	8.5	6.7	7.3	8	$+^1$	7.3	5.3	7	7	$+^1$	7.5	6.3	8.2	7	$+^1$	7.6	6	9.7	9	6	$+^1$	7	5	9.5	9.8	5.8	$+^2$	11	8.5	12.5	11.7	5	4	$+^3$	11	8.2	13	12.2	7	?	$+^3$	10	7	10.3	10.5	6.2	?	$+^2$
	12.238	—	F	10	5.6	7	10.5		7.8	5	6	10		8.2	5.3	7.3	10.6		7.3	5	9.4	7.3	7.2		7.3	4.6	9.6	8	6.8		10	7.5	11.4	10.5	6	4	+	9.8	6.8	11.5	10.7	7	(4)	+	9.2	7.2	10.6	9.2	4.6	?	+
	1.268	—	P	9	6.7	7	8.6		7	5	6.4	8.3		7.5	5.8	8.2	10.2		7	5.7	9.5	8.5	8		8	5.2	9.5	8.5	7	+	11	8	11.5	11	6.5	4	+	9.4	7	11.5	11	7.5	(4)		8.4	7.6	11.4	10.4	6.4	?	
Africains	17.276	Arabe	H	8.7	6	6.3	10.2		6	4.8	5.5	10		7.2	6	7.4	10		6.7	4.8	9	8.3	7.8		6.2	4.3	8.4	7.6	6.4		10.3	8	11.6	11	7.3	4		9.5	7.6	11.4	10.7	7	(4)		8.8	6	11.6	11.2	7	?	
	6.87[illegible]	—	H	9	7.3	7.3	11		6.5	5	6.4	9.7		9	6.3	8.7	10.6	+	7.6	5.2	10.1	9	7.8	+	7.2	5	10.2	9.5	8.3	+	11.3	9	12.3	11	6.3	4	+	10.6	8.6	12.4	11.7	7	3		8.7	7.4	12	11.7	6.7	?	
	6.962	—	H	9.6	6.6	7.8	10.2	+	8	5.2	7.3	9.2	+	8.5	6.5	9	10.6	+	7.5	5.2	9	8.4	7		7	4.7	9	8.4	[illegible]		11	8.4	11.5	11.2	6	4	$+^1$	10.3	8.5	11.6	11.3	6	(4)		8	7	10.8	10.3	6.4		
	11.069	—	H	8.7	6.2	7.5	10.7		6.4	4.5	6.5	10.5		8	6	8.5	10		7.2	5.5	9.5	9	7.5		6.5	5	9.5	9.3	6.6		10.7	8.5	11.4	10.7	6.5	4	+	10.5	8.5	12.2	11.4	7	(4)		8.5	6.4	11	10.5	5.5	?	
	11.07[illegible]	—	H	8	6	7.3	10.5		6.5	4.5	6.8	10	+	7.5	5.8	8.2	10	+	6	4.4	8.5	7.8	8		6	4.5	9	8.8	8.2		10	7.5	12	11.8	7	4	+	9.3	7.7	11.8	10.5	8	3		7.8	6.8	9.4	9	6	?	
	306	—	H	7.8	6	7.3	10		6.4	4.6	6.6	9	+	7.3	5	8.2	10		6.5	5	9.4	8.5	8.8		6.3	4.8	9.8	9	8		10	7.5	11.3	10.8	7.3	4	+	9.2	7.3	11.6	11	7.4	(4)	+	8.8	7	11.2	11	6	?	
	222	—	H	7.5	5	7	10.5		6.2	3.8	6.5	9.6		7.7	6	8.2	11.5		7	5	9	8	8.5		6.5	5	9	8	7.5		10.4	7.7	11	9.8	6.6	4		10	8	11.4	11	7.4	(4)		9.4	7.8	11.6	10.5	7	?	
	6.063	—	H	9.5	8	7	12.3		6.5	5	6.5	10		8	6.2	8	11		7.5	5.5	9.8	9	8.5		7.3	6	10	9.2	8.2		10.3	8	12	11.8	7.3	4	+	9.8	8	12.2	11.8	6.7	3		"	"	"	"	"	·	
	2.313	—	H	8.8	7	8.5	10.5		7.6	6	6.8	9.8	+	8	6.5	8.5	9.5		7.2	11.6	10	9	7.5		7.2	5.6	10	9.3	6.2		11.4	9	11.2	11.2	6.5	4	+	9.8	7.5	11.4	11	7.3	3	+	10	7.3	11.6	11	6		
	219	—	H	10	7.5	6.5	10		6.5	4.8	6	10.5		7.5	6	8.5	10.3		7.5	5.5	10	9	9.2		6.2	5	10	9.5	7.3		11	8	11.5	11	8	(5)	+	9.3	9	11.6	11.4	7.6	(4)		8.5	6.8	12.8	11.5	7		
	3.860	—	H	9	6.5	7	10.5		7	5	6.6	10		7.5	5.5	9	10.5		7.8	5	8.5	8	8		6.5	4.8	8.8	8	7.3		11.6	7.4	11	10	5	(5)	+	9.5	8	10.8	10	6	3		7.7	6.5	10.5	10.4	5.5		
	208	Kabyle	H	8	6.2	7	10.5		7.5	5	5.6	9	+	8	6.5	8	11		6.5	4.8	8.2	7.8	8		6	4.5	8	7.5	7		9.5	7.8	11	10.5	6.5	4	+	9	7.2	11	10.6	7	3		"	"	"	"	"	"	
	6.9[illegible]6	—	H	9.2	7	7	10.3		7	5	6	9.5		8	5.5	8.8	9.5		6.5	5	8.8	7.8	7.5		6	4.5	9.4	8.2	7.3		10.5	8	10.5	10	7.3	4		10	7.5	12	11	7.5	(4)		9.3	7	10.5	10	6		
	6.9[illegible]	—	H	8.5	6.3	7	10.2		7.9	5	6.9	9.2		8	6.6	8.5	11.3		7.4	5	9.5	8.5	8		7	5	9	8.2	7.4		9.8	7.5	11.2	10.5	7	4	+	10	9.2	11.7	10.8	6	3		8	6.5	10.8	10	7		
	3.834	—	H	9.2	6.5	7.5	8.5	$+^1$	7.5	5	6.5	8.8	$+^1$	8.2	6	9.2	11.2	$+^1$	7.2	5	4.5	9	7.6	+	7	5	9.5	9.2	7.3	$+^1$	10.5	8	12.3	11	6	4	$+^2$	10.5	9	12	12	6.5	3	$+^1$	8.5	7.7	12	11.4	7.3		
	4.33[illegible]	—	H	9	6.4	6.8	11.5		7	4.8	6.5	11.5		8.2	6	8.2	11.7		7.5	5.3	10	9	9		6.7	4.5	9.2	8.3	10		11	8	12	11	8	4		10	8	12.2	11.8	7.4	(4)		8.3	7	12	11	7		
	6.961	—	H	7.9	6.4	8.2	10.4		6.3	4.6	6	9.8		7.1	6	7.8	10.4		6.4	5	8.3	7.8	7.3		6.4	4.6	8.3	7.8	7		9.2	7.5	10	9.5	7.5	4		9.3	6.4	10	9.5	6.4	3		"	"	"	"	"	▪	
Nègres	3.836	Cap Vert	H	9	6	6.8	11		7	4.5	6.5	10		8	6	8.4	10	+	7.4	5.2	10	9.9	8		7.5	5.5	10.3	9.1	8.5		10.8	8.4	11.5	10.5	5.5	(5)		10.6	8.7	11.8	11.2	7.3	(4)		"	"	"	"	"	"	
	3.804	Mandingue	H	9.2	6	7.8	11.6		8	5.8	6.7	9	+	8.4	6	8.9	10	+	7.4	5	9.7	9.4	8	+	7.3	5	9.8	9	6		11.2	8.7	11.8	11.4	6.4	4	$+^1$	11.2	8.2	11.6	10.8	7	(4)	+	9.2	6.3	10.7	10.5	7	?	
	308	Soudanais	H	10	7	7.5	13		8.2	5.8	7.3	12.3	+	9	7	8.8	11		7	5	9.7	8.6	8.4		6.3	4.6	9.4	8	7.8		11.6	8.4	12.8	12.3	8	4	$+^1$	10	8	13	12	7.5	(4)	$+^1$	9.2	8.2	12.2	11.8	7		
	2.312	—	H	9	6.4	6.4	8.3		7.3	5	6	9.2		8.3	5.7	9	10.7	+	7.3	4.6	9.5	8.7	7.8		6.7	4.3	9.4	8.2	7		11	9.6	11.8	10	6	(5)	+	10	7.3	11.4	10.6	7	(4)		8.3	5.2	11.9	10.8	5.7		
	?	Darfour	H	8.5	7	6.4	8.2	+	6.4	5	6.6	8.7	+	8.3	6.2	9.1	10.9	+	7	5.9	10.3	9.6	7.6		7.5	5.5	10.8	10.3	6.7		10.5	8.8	12.2	11.1	5.5	?	$+^2$	10.7	8.7	13.2	12.3	6	?	$+^2$	10	7.7	13	12.5	6.4		$+^2$
	9.87[illegible]	Baïanda	H	8.4	6.4	6.8	12		~	5.4	6.2	10.5		8.2	6	8.2	13		7	5.2	10.6	9	9		7.2	5	9.8	8.7	8.7		11.5	8.2	11.8	11.4	7.2	4	$+^1$	10.7	8.6	12.3	11	6.5	(4)		9.5	9.2	12.3	11	7.7		
	4.798	Macona	F	8.2	6	7.2	10		6	5	6.8	9.5		7.3	5.7	8.5	9		6.5	4.6	9	7.8	7.2		6.4	5	9.3	8.4	7		9.8	7.5	10.8	10.2	6.6	4	$+^1$	"	"	"	"	"	(")		8.2	6.5	11.2	11	7.1		
	8.247	Miaou	F	7.5	5.5	6.6	10		5.5	4.5	5.8	7.5		7	5.5	7.8	9.2		6.3	4.6	8	7.6	7.8	+	6	4.9	9	8.5	7.5	+	10	7.4	10.5	9.6	6.6	4	$+^1$	9	7.6	10	11.6	7	(4)	+	8.5	7	10.5	10	6.4		
	8.254	Ommyamondési	P	8	5.5	7	10		6.5	4.3	6	8.2		8.4	6	8	9.7		7.3	4.4	9.4	8	6.5		7.2	4.5	9	8.2	6		10.2	8	11.8	10.5	7	4		10.3	7.8	11.4	9.5	7	(4)		9.5	7.8	11.7	10.5	6.7		
	1.603	Hottentote	F	8	6.3	6	9		7	5.7	6.8	8.2		7.6	5.5	8.4	8		6.4	4.8	8.5	8	7		5.8	5	8.4	8	7		10	8	11.4	10.3	5.5	(5)	$+^1$	9	7.5	11	9.8	6.3	3	+	8.4	6.5	10.7	9.5	6.4		
	9.997	Bandjo	F		Enlevées				par		mutilation			8	5.7	8	9.3	+	7	5	9.6	8.7	7		6.6	5	9.5	8.5	7		10	7.5	11	10	6.4	4		10.5	8.2	11.4	10.2	7.3	(4)		9.6	7.7	11	10.5	6.4		
	6.684	Béchouana	F	8	6	5.5	8		6.5	4.8	6	7.3		7.7	6	7.8	8		6.8	5.5	9.2	8.4	6		6.2	5	9.3	8	7		9.3	8	11.2	10.2	6.5	4		9.6	8.2	11.2	10.7	6	3		7.7	6.5	10.5	10.4	5.5		
Madagascar	12.306	Hova	H	9.7	6.1	6.6	11.4		8.4	5.3	6.7	10.7		8.6	6	9.1	10	+	8	6	10	8.4	9.4		8	5.4	9.8	8.2	8.2		11.3	7.5	11.2	10.3	6.8	(5)		10.4	7.8	11.9	10.8	6.8	(4)		10	7.5	11.6	10	6		
	12.311	—	H	8	5.6	7	11		7.7	5.2	6.7	11		8.2	6.1	8.8	11.4		11	5.6	10.7	8.7	8.5		6.7	5.4	10.6	9	8.2		10.2	8	12	10.8	7	4		11.6	9	12.2	11.7	8	(4)		10	7.8	12.7	11.9	7.2		

1 Sexe
2 Diam. M.D. au bord libre
3 d°. au collet
4 d°. V.L. au collet
5 Hauteur de l'émail
6 Abrasion
7 Diam. M.D. au bord libre
8 d°. au collet
9 d°. V.L. au collet
10 Hauteur de l'émail
11 Abrasion
12 Diam. M.D. le plus grand
13 d°. au collet
14 d°. V.L. au collet
15 Hauteur de l'émail
16 Abrasion
17 Diam. M.D. face triturante
18 d°. au collet
19 d°. V.L. face triturante
20 d°. au collet
21 Hauteur de l'émail
22 Abrasion
23 Diam. M.D. face triturante
24 d°. au collet
25 d°. V.L. face triturante
26 d°. au collet
27 Hauteur de l'émail
28 Abrasion
29 Diam. M.D. face triturante
30 d°. au collet
31 d°. V.L. face triturante
32 d°. au collet
33 Hauteur de l'émail
34 Nombre de cuspides
35 Abrasion
36 Diam. M.D. face triturante
37 d°. au collet
38 d°. V.L. face triturante
39 d°. au collet
40 Hauteur émail
41 Nombre de cuspides
42 Abrasion
43 Diam. M.D. face triturante
44 d°. au collet
45 d°. V.L. face triturante
46 d°. au collet
47 Hauteur de l'émail
48 Nombre de cuspides
49 Abrasion

Maxillaire Inférieur

N° 5

Groupe	N°	Race	1 Sexe	Incisive centrale: 2 Diam. M.D. bord libre	3 d° au collet	4 d° L.L. au collet	5 Hauteur émail	6 Abrasion	Incisive latérale: 7 Diam. M.D. bord libre	8 d° au collet	9 d° L.L. au collet	10 Hauteur émail	11 Abrasion	Canine: 12 Diam. M.D. le plus grand	13 d° au collet	14 d° L.L. au collet	15 Hauteur émail	16 Abrasion
Blancs	3.723	Suedois	H	5	3.5	6	7		5.7	3.3	6	9		7	5.5	8	12	
	8736	Suédoise	F	5.4	3.5	6	8.5		6	4	6	9		6.8	6	7.5	11.5	
	4445	—	F	"	"	"	"		5.5	3.5	6	9		6.7	5	7.5	10.5	
	638	Cosaque	H	5.8	3.4	6	7.5		6.5	3.5	6.3	9		7.5	6	8	11.7	
	3712	Roumain	H	5	3.5	6	7		6	3.7	6	8.5		6.7	5.4	8.5	8	
	1878-8	Espagnole	F	5.2	3.2	5	7.8		6	4	5.5	8		6.7	5	7	9.3	
	2872	Français	H	5	3.3	0	7.5		5.6	4	6	8.5		7.3	6	7.8	10	
	3467	—	H	5	3.2	5.5	8.5		5.7	4	6	9		6.2	5	7.2	10	
	15876	—	H	5	3	5.3	7.5	+	6	4.5	6	8	+	7	5.5	7.8	11	$+^1$
	18606	—	H	"	"	"	"		6	4	6	9.5		6.3	6	8	11.7	
	16898	—	H	6	3.8	6	9.5		6.5	4	6.3	9.5		8	6	8.8	12	
	1 1	—	H	4.6	3.4	6	10		5.3	4.8	6.2	10		6.4	5.5	7.5	11	
	2 2	—	H	5	3.5	6	9.2		6.4	3.7	6	8.2		7	5.5	7.5	11.2	
	1 3	—	H	5.4	4	6.2	7.5	+	6	4	6.7	8.5	+	8	6.5	9	10	+
	1 4	—	H	"	"	"	"		5.8	4.5	6	0		6.5	6	7.3	12	
	1 5	—	H	5	3.5	5.5	7		6	4	6	9		7	6.2	7.4	11.5	
	8113	Corse	H	5.8	3.7	6.4	9		6.8	4	6.5	10		7.5	6.4	8.3	11.8	
	12808	Française	F	5.5	3	5	7		5.5	3	6	7		6.5	5.8	7.3	8.2	
	1894.28	—	F	4.5	3	6.5	5		5.5	3.5	6	8		6.4	4.8	6.5	9.2	
Jaunes	648	Tartare	H	4.4	3	5.8	6.8		5.5	3.5	6.2	7.7		6.6	5	7.2	10	
	4822	Mongol	H	6	3.5	5.5	10		7	4	5.6	10.7		7.8	6	7.7	12.2	
	4825	Chinois	H	5.4	3.5	5.3	7.5		5.2	4.2	5.5	8.6		6.8	5.6	7	10.4	
	4826	—	H	4.9	3.3	6.5	10		5.6	3.6	6.8	9.5		7.5	5.4	8.4	11	
	3410	Japonais	H	5.7	3.7	6	8		6.4	4	6.8	8.6		7.7	6	9	11	
	12316	Tchoukchy	H	4	3.3	6	3	$+^4$	5	4.3	7	4	$+^4$	7	6	8.6	6.5	$+^4$
	12325	—	H	3.6	3	5.3	3	+	4.7	3.7	5.8	4	$+^4$	6.4	5	8	6	$+^2$
	12321	—	F	5	3.7	5.8	5	+	5.8	4.2	6.4	6.2	$+^2$	7.3	5.7	8	8	$+^2$
Blancs de l'Inde	4831	Syck de Lahore	H	5.2	3.7	5.7	8		6	4.2	6.4	8.8		7	6	8.2	10.5	
	2916	Bengalais	H	5	3.5	6.4	8		7	4.3	6	9.5		6.2	5.7	7.6	10.5	+
	810	Bengali	F	5.5	3.2	5.2	9.2		5.7	3.7	5.6	9.6		6.4	4.8	7.2	10	
Groupe Malais	4809	Amboinais	H	6.4	4	6	8		6.8	4.4	6.8	8.7		7.5	6	8.4	9.3	
	1963	Malais	H	5.8	3.7	6.4	11.5		5.4	4.5	5.6	8.7		7.5	5.3	7.3	11.6	
	6192	—	H	5	3.5	6.4	9		6.4	3.7	6.9	9.2		6.8	5	8	10.7	
	1271	—	H	5	3	5.3	7		6.3	3.7	5.7	8		6.5	5	6.8	9	
	4817	—	H	6.2	3.9	6.5	8.7		6	3.8	5.8	9		6.4	6.9	7.8	10.3	
	2913	—	H	6	4	5.8	9		6.6	4.6	5.5	9		7.3	6	8.2	11.5	
	4812	—	H	5.5	3.5	5.6	7.5		6.3	4.4	6.7	10.5		7.3	6.2	8	11.8	
	4819	—	H	5.6	4	5.3	8	+	6	4.3	6	8	+	7	5.2	6.2	8.5	
	4810	—	F	5.2	3.8	5.2	7.5		5.4	3	5.8	8.6		6.7	5	7.2	11.3	
	1976	Javanais	H	6	4.7	6.2	9.7		6.3	3.7	6.4	11.2		7.3	5.5	7.5	11	
	1968	—	H	"	"	"	"		6.7	3.7	6	11.3		7.5	5.8	8.2	13.7	
	1977	—	H	5.7	3.4	5.5	8.2		6.7	3.7	5.6	9.5		8	6.2	7.8	12	
	1316	—	H	5.7	3.7	6	9		6.4	5	6	9		7	6	8	11.2	
	1082	—	H	5.5	4	5.8	9		6	4	6	9		7	6	7.7	10	
	4373	—	F	5.5	4	5.4	9.5		6.2	4.2	5.7	9.5		7	5.3	7.	10.7	
Philippins	8280	Negrito	H	5.7	4	6	9.5		6	4.2	6.5	10		6.8	5.7	8.3	11.7	
	9764	—	F	5.8	3.5	6	8.5		5.8	3.3	6.4	9.8		6.4	5.3	7.5	10.7	

Groupe	N°	Race	Première prémolaire: 17 Diam. M.D. face triturante	18 d° au collet	19 d° L.L. face triturante	20 d° au collet	21 Hauteur émail	22 Abrasion	Deuxième prémolaire: 23 Diam. M.D. face triturante	24 d° au collet	25 d° L.L. face triturante	26 d° au collet	27 Hauteur émail	28 Abrasion	Première gr. molaire: 29 Cuspides	30 Diam. M.D. face triturante	31 d° au collet	32 d° L.L. face triturante	33 d° au collet	34 Cuspides	35 Hauteur émail	36 Abrasion
Blancs	3.723	Suedois	6.3	5.3	9	7	8.5		7	5	8.5	8.3	9		2	"	"	"	"	"	"	
	8736	Suédoise	6	5	7	6.5	8.2		6.7	5	8	7.2	7.5		③	10.8	9	10	7.5	5	7.5	
	4445	—	8.8	5	8.2	7.3	8.7		7	5	8.5	6.7	7.7		2	11.5	9	10.5	8.8	5	7.3	
	638	Cosaque	6.3	5.2	7.6	6.8	8.5		6.5	5.2	8.2	8	7.5		③	10	8.7	10	7.7	5	7	
	3712	Roumain	7.3	5	8.2	7.3	8.5		7	5.5	9	7.5	7.5		2	10.5	8.6	10.2	8	5	6.5	+
	1878-8	Espagnole	7.5	5	8.2	7.3	7.3		7.4	5	8.5	7	6.5		2	11	9	10.3	8	5	6.7	+
	2872	Français	6.7	5	7.3	7	8		6.4	5	7.6	7	8		2	10	8.8	10.2	9.5	5	7	+
	3467	—	6.5	5	9	7.8	9		6.5	5.6	8.3	7.3	7.2		2	11	9	10	7.5	5	6	+
	15876	—	6.8	5.3	7.8	6	8.2		6	5	8	7	7		2	11	8.5	10	8	5	6.5	$+^1$
	18606	—	7.4	5.5	8.4	7.6	8.2		7.3	5.5	8.2	7.3	7.3		2	11	9	11	8.5	④	5.5	
	16898	—	7	5	8	7.5	9		7.4	5.5	9	7.8	8.8		2	"	"	"	"	"	"	
	1 1	—	6.7	5	7.8	6.6	9.2		7	5.2	8	6.8	8		2	11.5	9.8	10	8.3	6	7	
	2 2	—	7	5	7.5	7	8.2		7	4.5	8.2	7.5	7.5		③	11.8	9.5	10.5	9.2	5	7.3	
	1 3	—	7	5	9	7.2	7.5	+	7.2	5.5	8.8	8	6.5	+	2	11	10	10.7	9	5	6.3	$+^1$
	1 4	—	6.5	5.3	7.5	6.5	7		6.4	5	7.5	7	6.5		2	11.5	10	11	9.3	⑥	5.7	
	1 5	—	7.7	5	8.5	7.4	9.5		7.3	5.5	9	7.5	8.5		2	12.3	10	11.2	8.8	5	7	+
	8113	Corse	7.5	5	8.5	8.2	9.3		7	6.3	8.6	8	8.8		④	12.2	10.7	10.5	9	⑥	8	
	12808	Française	6	4.5	7.5	6.2	8		6.2	5	7.5	7	7		2	9.5	8.2	9.8	8.2	5	5	
	1894.28	—	5.6	4.3	7	6	7.3		6.4	4.6	7.7	6.3	7		③	10.2	8.3	10.5	9	5	5.6	+
Jaunes	648	Tartare	6	4.8	7	6.2	7.8		6.	5	8	7	7.5		2	11	9.2	10.3	8.3	5	5.5	$+^1$
	4822	Mongol	8.7	6	7.8	7	10		8.2	5	8.4	7	8.5		2	12	8.2	11.8	9.8	5	6.5	+
	4825	Chinois	7	5.5	8	6.5	7.4		7.6	5	8.3	7.3	7		2	11.4	9.8	11	9.2	5	6.5	
	4826	—	7.1	5	8.2	6.4	8.8		7	4.7	7.8	5.5	8.5		2	11.4	8.6	10	9.8	5	7.2	$+^1$
	3410	Japonais	7.3	5.5	9	7.7	9.2		8	5.6	9.4	8.2	8.2		③	11.8	9	11.3	9	5	6.5	+
	12316	Tchoukchy	6.2	5	7	7	6	$+^4$	7.	5	7	6.8	5		?	10	9.5	10.6	8	?	3	$+^4$
	12325	—	6.5	5	7.3	6.6	6	$+^1$	6.2	5.3	7.8	7	5.8	$+^1$	?	11	9.3	10.8	8.5	?	3	$+^4$
	12321	—	7	5	8	7.7	7.3	$+^1$	6.7	5	8.2	7.4	5	$+^2$	?	11.3	9.2	11.3	9.2	5	5.5	$+^3$
Blancs de l'Inde	4831	Syck de Lahore	7.3	5.5	8.2	7.8	8		7	5	8.6	8.2	6.2		1	10.8	9.1	10.6	8.7	5	6	+
	2916	Bengalais	7	5.5	8	7.4	8.4		6.8	5.3	8.5	7.7	7.3		③	11.	9.3	10.5	10	5	6.5	+
	810	Bengali	6.8	4.7	7.3	6.6	8.2		7.6	4.6	7.6	6.5	6		2	11.4	9.5	10.5	8.5	[5]	7	
Groupe Malais	4809	Amboinais	7.7	5.5	8	7.3	8		7.3	5.4	8.7	7.8	7		③	11.8	10	11.5	10	5	7.5	
	1963	Malais	7	5.3	8.7	7.7	8.4		7.1	5	9.5	7.3	7.3		③	10.6	9.2	10.9	9.7	5	7	$+^1$
	6192	—	7.7	5.4	9	8.3	9	+	7.4	5.2	8.5	7.3	7.8		1	11.4	9.3	11.2	8.9	5	6	
	1271	—	7.5	4.7	8.1	7.3	8.8		7	5	8.2	7	7.		③	11.8	9.7	11	9	5	5	+
	4817	—	7.2	5.2	7.4	7	9		6.7	5	7.9	7	7.5		③	10.3	8.5	10.3	9.4	6	7.4	+
	2913	—	7.7	5.5	9	8.2	9		7	5.5	9.4	8.4	9		2	11.5	10	12.2	9.4	5	7	
	4812	—	7	5.2	7.8	7.6	8.2		7.6	5.5	9.2	7.3	6.6	+	③	12.2	9.6	11	9.4	5	6.5	$+^1$
	4819	—	7	4.6	7	6	8		7	4.7	7.3	6	7.8		2	12.5	9.5	11.3	10	5	7	+
	4810	—	7.2	4.6	8	7.3	8.6		6.9	5	8.1	6.7	8.5		2	11.3	9.8	10.4	9.3	5	7.2	$+^1$
	1976	Javanais	8	5	8	7.5	10.6		8	5	9	7.7	7.5	$+^1$	?	12	10.3	11.6	10	?	6	$+^2$
	1968	—	7.8	5.2	8	7.4	10.5		7	4.9	8.5	7.3	8.4		2	11.4	9.4	11.2	10.5	5	7	+
	1977	—	8	5.5	9	8	9.9		8.3	6	9	7.8	9		③	13	9.7	11.5	10	5	7.3	+
	1316	—	7.6	5.3	8.4	7.7	7.3		7.5	5	8.6	8	6.3		③	11.5	10	11.5	10	5	5.5	+
	1082	—	7	5	7.4	6.5	8.2		7.4	6	8	7.2	7		2	11.8	10.3	10.6	9.8	5	6	+
	4373	—	8	5.3	9	8	7.6		8.5	7	9	7.7	7		2	11.2	9.4	11	9.5	?	6	$+^2$
Philippins	8280	Negrito	7	5	9	8.3	8.6		7	5.8	9	7.5	7.5		③	12	9.2	10	7.5	5	6	
	9764	—	6.8	5.2	9	8	8		6.8	5	8.6	7.5	6.4		③	11	9	11.2	9.3	5	6	$+^2$

Groupe	N°	Race	Deuxième gr. molaire: 37 Diam. M.D. face triturante	38 d° au collet	39 d° L.L. face triturante	40 d° au collet	41 Cuspides	42 Hauteur émail	43 Abrasion	Troisième gr. molaire: 44 Diam. M.D. face triturante	45 d° au collet	46 d° L.L. face triturante	47 d° au collet	48 Cuspides	49 Hauteur émail	50 Abrasion
Blancs	3.723	Suedois	10	9.2	9.5	8.2	4	7		10.5	10	10	9.5	5	6	
	8736	Suédoise	11.4	9.8	9.5	8.3	4	7		"	"	"	"	"	"	"
	4445	—	11	9	10	8.8	4	6.5		10.5	9	9.5	8.2	4	7	
	638	Cosaque	9.5	9	9.8	8.2	4	6.5		9.2	8.4	9.5	9	4	7	
	3712	Roumain	11	9	10	9	4	6		10.5	8	9.5	7.5	4	7.5	
	1878-8	Espagnole	10.6	10	10.2	8.2	4	6.5		"	"	"	"	"	"	
	2872	Français	9.5	8.5	9.5	9.5	4	7		10.2	9.2	10.3	9.8	5	7	
	3467	—	10	9	9.8	9.8	4	7.5		10	8.8	9.2	8.	3	7	
	15876	—	10.5	10	10	8.2	4	7		10	9	9.5	8.8	4	6.5	
	18606	—	10	9	10	9.5	4	6.5		11.5	9.5	10.5	9.8	?	6.5	
	16898	—	11.5	8.7	11	9.6	4	7.5		"	"	"	"	"	"	
	1 1	—	11	10	10	9	4	7		11.5	9.8	9.3	9	4	6.5	
	2 2	—	10.4	10	11	10	4	7		11.5	10.2	10.8	9	5	6	
	1 3	—	10.5	9.5	11	10	4	6.3	+	11.5	10	10.5	9.5	4	6	
	1 4	—	10.8	10.3	10.5	8.5	4	7		10	9	10	9.2	4	6	
	1 5	—	10.7	10	10.8	9.5	4	7.3		11	10	10.4	7	?	6	
	8113	Corse	11.2	10	10.3	9	4	7.9		Evolution						
	12808	Française	9.5	8.8	9.8	8.3	4	8.4		9.5	8.2	9.5	8.8	4	6.5	
	1894.28	—	9	8	10	8	4	6		10.3	9	9.5	8	4	5.5	
Jaunes	648	Tartare	10	8.5	10.2	9.2	4	6		10	8.2	9.5	9	5	6	
	4822	Mongol	12	9	10.5	9	4	7		"	"	"	"	"	"	
	4825	Chinois	10.5	9.3	10.3	9	4	6.6		10.3	8.4	9.6	8.8	4	7	
	4826	—	10	8	10	8.8	4	7		9.4	8.7	10	7.8	4	6.5	
	3410	Japonais	12.3	11.4	11.3	10	⑤	7		10	9.7	10.5	10	4	6.3	
	12316	Tchoukchy	10.7	10	10.8	9.5	?	2.5	$+^4$	12	10.5	11	9.6	?	5	
	12325	—	9.7	9.2	9.5	7.5	4	5.5	$+^1$	11	9	11.7	9.2	5	6	
	12321	—	11.5	9.6	10.8	9.7	4	5	$+^2$	10.4	8.3	10.2	9.4	7	7	
Blancs de l'Inde	4831	Syck de Lahore	10.3	10.3	10.8	9.7	4	7.5		10.3	9.6	10	8.4	5	5.8	
	2916	Bengalais	10	9.7	10.2	9.3	4	7	+	10.5	10	9.8	9	4	6.6	
	810	Bengali	11.7	10.5	10.4	9	[5]	7.5		11.7	?	11	?	[6]	?	
Groupe Malais	4809	Amboinais	11.4	10	11	10	4	8.4		12.3	10	11	9.7	5	7	
	1963	Malais	10.7	9.4	10.3	9.5	■	6.8		9.4	8.9	10.3	7	4	6.6	
	6192	—	10.8	8.7	10.9	9.9	4	7.		10.2	8.2	10.2	9.6	5	5.5	
	1271	—	10.7	9.6	9.5	8.7	■	7		8.7	7.7	10.8	10	5	5	
	4817	—	9.7	8.7	10	10.2	4	7.3		"	"	"	"	"	"	
	2913	—	11	10	11.6	10.5	4	8		Evolution						
	4812	—	11.3	10	11.5	9.4	⑤	6.5		11	9.3	10	8.9	3	6.7	
	4819	—	10.3	9	10.4	9.8	4	7		11	9.8	10.8	10	5	5	
	4810	—	10.4	9.2	10.3	9.5	4	6.4	+	10.8	8.8	10	9	4	6.8	
	1976	Javanais	10.8	10	11	9.8	?	5.5	$+^2$	12	10.4	11.4	9.6	⑥	6.6	
	1968	—	10.7	9.2	10.5	8	⑤	7		"	"	"	"	"	"	
	1977	—	11.4	10	11.4	11.2	4	11		11	10.5	10.7	9.2	■	6	
	1316	—	11.4	9.8	10.7	9.5	4	6		12.3	10.7	11	9	5	6	
	1082	—	10.5	9	10	9.5	4	7	+	9.2	8	9	8	?	6	
	4373	—	12	10.7	11	10	?	6.	$+^2$	12.2	9.6	10.8	8.5	5	6	
Philippins	8280	Negrito	10.7	9.8	9.8	8.2	4	7.5		10.5	?	10.2	?	5	?	
	9764	—	10.3	8.7	10.3	9.5	4	6.8		12	10.8	11.8	10.4	?	6	

1 Sexe
2 Diam. M.D. bord libre
3 d° au collet
4 d° L.L. au collet
5 Hauteur émail
6 Abrasion
7 Diam. M.D. bord libre
8 d° au collet
9 d° L.L. au collet
10 Hauteur émail
11 Abrasion
12 Diam. M.D. le plus grand
13 d° au collet
14 d° L.L. au collet
15 Hauteur émail
16 Abrasion
17 Diam. M.D. face triturante
18 d° au collet
19 d° L.L. face triturante
20 d° au collet
21 Hauteur émail
22 Abrasion
23 Diam. M.D. face triturante
24 d° au collet
25 d° L.L. face triturante
26 d° au collet
27 Hauteur émail
28 Abrasion
29 Cuspides
30 Diam. M.D. face triturante
31 d° au collet
32 d° L.L. face triturante
33 d° au collet
34 Cuspides
35 Hauteur émail
36 Abrasion
37 Diam. M.D. face triturante
38 d° au collet
39 d° L.L. face triturante
40 d° au collet
41 Cuspides
42 Hauteur émail
43 Abrasion
44 Diam. M.D. face triturante
45 d° au collet
46 d° L.L. face triturante
47 d° au collet
48 Cuspides
49 Hauteur émail
50 Abrasion

Maxillaire Inférieur

N° 6

Groupe	N°	Race	1 Sexe	2 Incisive centrale: Diam. M.D. bord libre	3 D° au collet	4 Diam. L.L. au collet	5 Hauteur émail	6 Abrasion	7 Incisive latérale: Diam. M.D. bord libre	8 D° au collet	9 Diam. L.L. au collet	10 Hauteur émail	11 Abrasion	12 Canine: Diam. M.D. le plus grand	13 D° au collet	14 Diam. L.L. au collet	15 Hauteur émail	16 Abrasion	17 Première prémolaire: Diam. M.D. face triturante	18 D° au collet	19 Diam. L.L. face triturante	20 D° au collet	21 Hauteur émail	22 Abrasion	23 Deuxième prémolaire: Diam. M.D. face triturante	24 D° au collet	25 Diam. L.L. face triturante	26 D° au collet	27 Hauteur émail	28 Abrasion	29 Cuspides	30 Première gr. molaire: Diam. M.D. face triturante	31 D° au collet	32 Diam. L.L. face triturante	33 D° au collet	34 Cuspides	35 Hauteur émail	36 Abrasion	37 Deuxième gr. molaire: Diam. M.D. face triturante	38 D° au collet	39 Diam. L.L. face triturante	40 D° au collet	41 Cuspides	42 Hauteur émail	43 Abrasion	44 Troisième gr. molaire: Diamètre M.D. face triturante	45 D° au collet	46 Diam. L.L. face triturante	47 D° au collet	48 Cuspides	49 Hauteur émail	50 Abrasion
Indonésiens	11 313	Dayack	H	5	3.5	5.5	8.5		6	4.8	6	9		7.3	6.7	7.7	11		7.2	5	8.3	7.4	7.6		7.2	5	8.8	7.5	8		(3)	12	10	11.3	11	5	7	+	11	9	10.2	8.8	4	5	+	"	"	"	"	"	"	"
	11 321	—	H	5.5	3.7	6	9.2		6.2	4	6.2	9.3		7.3	5.6	8.2	11		7	5.5	9	8.3	8		7	5.2	8.2	7.7	8.4		(3)	13	9.4	11.2	10.5	5	7	+	10.8	10	11	9.6	4	6.4		11	9	11	9	5	6	
	11 322	—	H	5	3.6	5.6	7		5.6	3.5	6.2	8		6.5	5	8.8	11		7	5	7.3	7	8.7		7	5	7.9	6.8	7.8		2	11.4	9	10.5	9.5	5	6	+	10.3	8.7	9.6	9	4	7		10.5	9	9.5	8	4	6.5	
	11 317	—	H	5.8	3.5	5	8.5		6	4	6	7.7		8	5.8	7.2	10.5		6	5	7.4	6.4	8.2		6.2	4.8	8	6	7.3		2	11.3	8.7	10.7	9.4	?	7	$+^2$	10	8.4	10	8.5	4	6	$+^1$	12	10	10.3	8.5	?	5.5	
	4 897	Mindanais	H	5	3	5	7.4	+	5.3	3.5	6.4	8		6.6	5.5	7.5	10.9		6.3	4.7	7	6	8.2		7	5	7.7	6.8	7		2	10	9.4	9.3	8.2	[4]	8		10.3	9	10	8.5	[4]	7		12.2	9.6	9.4	9	[4]	7	
	3.625	Tagal	H	6.2	4.5	5.4	10		6.2	4.2	6.7	10		7.7	6	8.4	12.2		8	6	9	8.5	10		8.2	6.2	8.8	7.8	8.8		2	12.2	10.5	11.4	9.5	(5)	7		11.4	10	10.8	9.2	(5)	8		12.4	10.5	10.6	9	(5)	7	
Polynésiens	6 103	Arch. Gilbert	H	5.3	4	6	10.5		5.4	4.3	6	10		7.1	5.5	7	10.5		7.2	5	7.8	7.2	7.6		7.2	5.3	8.3	7.2	7.5		2	12.2	10.2	10.5	10	[5]	8	+	12	10	10.6	9.2	[5]	7		11.5	10.4	10	9.9	[5]	6	
	4.362	Tahitien	H	4.8	3.4	6	7.7	$+^1$	6.4	3.7	6.4	9	+	7	6	9	10.5		7	5.2	7.7	7	8.2		7	4.8	8.5	7.5	7		2	11	10	10.5	9.8	5	5.5	+	11.5	10	10.5	9	4	6		10	9	9.5	8.4	?	5	
	4 363	—	H	5	3.2	5	5.5	+	5.5	3.5	5.5	7		6.2	5.5	7.3	10.5		6.7	4.3	8.2	7	9.5		7.6	5	8.3	7	7.2		(3)	11	9	10.8	8	5	7.8	$+^1$	11.4	8.7	10.5	10	4	6.5	+	11.3	9	10.3	9.2	4	6	
	4 364	—	H	5.5	3.6	5.5	8.5		5.7	4	6.3	9		6.8	7.5	7.7	10.4		7	5.2	8	7.6	6.5	+	6.4	5.5	8.4	7.4	6	$+^1$	?	12	10.2	11.6	10.4	5	6	+	11.6	10	11.2	9.8	4	7	+	11	9.5	10	7.5	5	5	
	5 343	Maori	H	5	4.2	6	6.4	$+^2$	6.2	4	6.7	~	$+^2$	7	6	9	11		7	5.2	8	7	7.2	$+^1$	6.2	5	8.7	7.7	7	$+^1$	2	9	9	11	8.5	?	?	$+^3$	11	10	11	9.7	4	4	$+^2$	10.5	8.8	10.8	9	4	?	$+^1$
	4 869	Tahitien	F	5	3.5	5	7.4		5.5	4	6.4	7.8		7	5.6	8.5	8.2		7.2	5.3	8.5	7.4	9		7	4.8	8	6.8	6.7		(3)	10.6	9	10	9	5	5	+	10	8.7	10.2	7.5	4	6	+	12	9.6	10.8	10	5	5	
	812	Maori	F	5	3.2	5	6.2	+	6	4	6	7	+	7.3	5.2	7.8	7.7	+	6	4.2	8.4	6.4	5.7	$+^2$	7	5	8.5	7	5.2	+	(3)	11	9.3	10.5	7.5	5	5	$+^1$	11	10	10.5	7.8	4	5.3	+	11.2	9.5	10	8.4	5	6.5	
	4 859	—	F	5	4.2	5.4	7.8		5.7	4.8	6.2	9		7	5.6	7	8.4		7.2	5	8	7.3	8		7.2	5.4	8.6	7.4	6.5		(3)	10.5	9.2	10.2	8.8	5	5.8	+	10.7	8.7	10.3	8.4	4	6	+	10	8.7	9.3	8	4	6.3	
	6 546	Hawaien	H	4.8	3.4	5.5	8.2		5.7	4	5.6	9		6.8	5.5	8	10		7	5	8.5	7.3	9.8		7	5.3	9	7.6	8.4		(3)	10.4	8.9	10.2	8.5	5	7	+	10.5	9.2	10.2	8.5	4	7		11	8.8	10.4	8	5	7	
	6 548	—	H	5.5	3.7	6.4	8.3		6.4	4.3	5.8	9.6		7.4	6.4	8.2	11.3		7.4	5.7	8.5	7.9	8		7.5	5.5	9	8	9		(3)	11.2	10	10.6	9.3	5	8.7		11.2	10.5	11	10	4	8		11.8	10	10.5	8.9	5	7.5	
	6 550	—	H	5	4	6	7.2	+	6.5	4	6.5	8.8		8.2	6.8	8.8	11.4		8.2	6	8.5	8.2	8.5		7.2	5.7	8.7	7.5	7.5		2	12.3	9.3	10.5	7	5	8		11.3	9.3	10.7	7.7	4	8.2		9	8	9.5	8.5	4	7.3	
	6 551	—	H	5.5	4.7	6	6.4		6	4.2	6.2	7.2	+	7.5	5.7	7.5	9	+	7.5	5	8	~	8		6.4	5	8.4	7.8	8		3	11.4	9.6	10.6	9.3	5	7.3		10.4	9.4	10	7.5	4	6.6		11	9.2	10	9	?	6.4	
	3 615	Néo Zélandais	H	5	3.6	5.2	6	$+^1$	5.7	4	5.7	6.4	$+^1$	6.5	5.3	6.8	7.6	$+^2$	7.4	5.3	8.5	7	6	+	7	5	8.7	6.6	6	$+^2$	?	10.6	9	10.6	8.3	5	4.8	$+^2$	11	9.5	10.6	8.5	4	5	$+^2$	11	9.4	10	7.5	?	5.8	
	4 874	Mangariva	H	5	3.5	6	8		7	4.9	6.5	9		7.8	6.3	8.5	12		7.4	5.2	9.2	9	9		7.4	5.8	9.5	8.5	8		(3)	11.4	9.8	11.2	11	5	7.5		11.2	9.8	11.2	10	4	8		11.8	10.3	10.8	9	4	7.4	
	4.871	—	H	6	3.5	5.6	5.5	+	6.4	4	6.8	9.5	+	7	5.3	8.2	13		7.5	6	9	8	7.5	+	7.5	5.5	9	8.2	8		(3)	11.6	9.5	10	9	(4)	7	+	10	8.3	10.6	9.5	4	5.5		12	10	10	8.2	?	5.8	
Papous	4 780	Arch. Viti	F	5.4	3.2	5.4	8.7		6.3	4	6.2	9		7.3	5.5	7.3	10		6.6	4.8	8.5	7.3	9.2		7.6	5.6	9	7.3	8		(3)	12	9.2	10.7	8.5	5	7.4		12.5	10	11.3	9.8	4	7		12	11	10.8	10	6	6.9	
	4.769	Alfourou	F	5.6	4	5.6	9.6		7	4.3	6.8	9.5		7	5.5	7	10.2		7.2	5	8	7.8	9		7.5	5.5	8.3	6.7	8.2		(3)	12.3	10	11.4	9.7	5	8.2		10.4	9	9.8	8.5	4	7.7		Évolution						
	4 770	Papoue	F	6.1	3.5	5.7	9.2		6.7	4.3	6.7	10.5		6.8	5.8	8	12		7	5.3	8.5	7.8	9.5		7.5	5.6	9	8.3	8.3		2	12	10	11	8	5	7.3		10.8	9.6	10.2	10	4	7.3		10	?	8.8	?	4	6.5	
	4.776	Toud	H	6	4	6	10		6.6	5	6	8.5		7.3	6	7.8	11.5		7	5	8.5	7.5	8		8	5.3	8.8	7.4	7.2		(3)	12.7	10	11.2	8.3	(5)	7.5		12.1	10.2	10.8	8	(5)	6		12.3	10.5	11	9	(5)	6	
	4.772	—	F	5.2	3.5	6	9		6.8	4.2	6	8.8		7	5.7	8	12.6		8.2	5.7	8.5	8	10.5		7.2	5	8	7.2	8		(5)	12	10	11.2	10.5	5	8		13	10.5	11.4	10	(5)	8		11	10	10.3	9.8	?	6	
	3.753	Iles Loyalty	H	5.7	3.6	5.5	8.2		6.7	4.4	6.3	8.7		6.7	5.5	7.7	10		7.3	5	8.7	7.8	8.3		8.7	5	9.2	7	7.3		(3)	11.3	10	11.6	9.4	5	7.5	+	12	10	11.2	9.3	4	6.5		12	9.5	11.5	9.3	5	7	
	7.978	—	H	5.5	4	5.5	7	+	6.2	4.5	6	8.5		7.7	6	7.6	11.2		7.3	5.7	6.4	7.6	8.2		7	5.5	8	7.2	8.5		2	11.7	10.7	11.7	10	5	8		11.6	10.7	11.6	11.5	4	8		13	11.2	11.5	10	5	6.5	
	4 374	Nlle Guinée	H	4.8	4	6	6.8		5.7	4.6	6.5	7.8		7	6.4	8.2	9		7.9	6.2	9	8.6	7.4		8	6.5	8	7.2	7.5		2	11.4	10.4	11.3	9.6	5	6	+	12.7	11.2	11.4	10.7	4	7.8		11.8	9.8	10.7	10	5	7	
	4.771	—	H	5.7	3.5	5.6	8.5		6.6	4.2	6	9.3		7	5.6	7.5	10		7.8	5.3	8.6	7.7	9.2		8	5.7	8.5	6.8	7.5		2	12.2	10	11.5	10	5	7	+	12.5	10	11.5	10	4	7	+	12.5	9.8	11.4	9.5	5	5	
	9.300	Néo Hébridais	H	5.5	4.5	5.5	7.3		6.4	4.7	6.7	8.7		7.3	5.6	7.7	9.6		7.8	5.4	8.7	8.2	9		6.8	5	8.5	7.7	7		(3)	11	9.3	10.2	8.9	(6)	7.8		10	8.4	9.8	9	4	6.5		11	8.7	10.3	9.6	4	6.6	
	8.296	—	H	5.8	3.7	6	8		6.4	4.2	6	8		7	6.2	7.5	9.3		6.5	5.4	8.3	7.3	8		7	5	9.1	8	7		(3)	10.5	9.8	11	9.6	5	7.5	+	11.3	9.6	11.4	9.8	4	7.5		12	10	10.8	9	5	6.4	
	9.795	—	H	5.3	4	6	8.2		6	4.8	6.5	9		7	5.8	8	9		7.3	6	9	7.5	8.3		7.5	6	9.2	8	7.6		(3)	12.4	10	11.3	10	5	6	+	12	10.8	11.5	9.5	4	6	+	12.2	10.7	11.1	9.5	5	8	
	7.538	—	H	6	4	6.3	9		6.3	4.6	6.8	9		7.8	6.3	8.8	11		8	5.5	8	7.4	8		8	6	9	8	7.3		2	12.8	10.3	11.5	9	5	7.5	+	12	10	11.4	9.5	4	7.5	+	11.5	9	11	8	?	6.5	
	6.860	—	H	5.7	3.5	5.5	9		6.4	4	6	9.8		7	6	7.5	11.3		8	5.6	8.4	7.3	8		7.4	5.5	8	6.5	7.5		(3)	12.5	10	10.7	8.5	(5)	8		12	10	10.8	8.5	(5)	7		10.2	9.2	9.5	8.5	(5)	6.5	
	6 861	Néo Calédonien	H	5.3	4.1	5.4	5.1	+	7	3.7	6.3	5.6	$+^1$	7.7	5.2	7.6	8.2	+	6.5	4.7	8	6.5	5	+	6.8	4.4	8.5	6.8	4.8	$+^2$	?	11	9.4	11	9	5	6	+	10	8.8	10	8.7	4	6.2	+	11.5	9.3	10	7.4	?	5.2	
	6 359	—	H	4.5	3.7	6	3.3	$+^3$	6.5	3.7	5.4	5.4	$+^3$	6.4	5	8.5	6.7	$+^2$	5.7	5	8	7.3	?	$+^3$	6.5	5.2	8	8	3	$+^3$	?	11.4	9.6	11.6	10.8	?	4	$+^3$	10.5	9.7	10.7	10.4	4	5.8	+	11.9	10	10.6	9.8	?	5	+
	6 874	—	H	5	3.5	6	6.5	+	6.2	4.2	6	8	+	7.5	6	8	9	+	7	5	8.7	7.2	7	+	7.5	5.3	9.5	7.5	7		2	12.7	10	11.4	9.7	5	7	+	11	9.5	11.3	10	4	6	+	11.3	9.2	11.2	9.6	?	5	
	6.86[illegible]	—	H	5.5	3.7	6	8.8		6.4	4	6	8.5		7	5.2	8.2	8		7	5.2	8.4	7.5	7.5		6.7	5.5	9	8	6		(3)	12.4	10.5	11.8	10.5	5	6.5	+	11.5	10.8	11.2	9.5	4	7.5		11.7	10.8	11	9.8	5	6.5	
	6 865	—	H	5.4	3.7	6	8.2		5.8	4	6	9.3		7	5.7	8	11		7	5	8	7.3	8.5		7.6	5.3	8.7	7.6	7.6		(3)	11.6	10	11	9.4	(5)	7.4		11.6	10.4	11	10	(5)	8.2		13	11	11.3	9	(5)	7.3	
	6 553	—	H	5.5	4	5.5	9.3		6.2	4.2	6	9.6		6.2	5.3	7	10.8		7.3	5.3	8	7	8.5		8	5.7	8.5	7.3	7.3		(3)	12	9	11.2	9	5	7.5		11.8	8	11	9	4	7.5		12.6	?	12.2	?	5	8	
	20 022	...	H	4	4	5.5	?	$+^4$	6.5	4.2	7.6	7.5	$+^3$	7.5	5	7	8.5		7	5	8	6.8	5.3	$+^2$	7	5.2	8.2	7	4.6	$+^2$	?	"	"	"	"	"	"		11	9.2	10	9	4	5.5	$+^2$	11	9.5	10	8.8	?	5	
	9 281	—	F	5.4	5.5	5.5	6.8		6.4	4	6	7		6.8	5.6	7.9	10		6.8	4.6	7.7	7	8		7	5.5	8	5.7	7.3		(3)	12	9.6	11	8.8	5	6.7		11.5	9.8	10.2	9	?	7.6		12.5	9.4	10.2	8.4	5	6.6	
Australiens	3 63[illegible]	Tasmanien	H	6.4	4.3	7	11		7	4.4	6.5	11.2		8	6.5	9	13		8.2	6	10	9.8	11.5		9	6.4	10.4	9.6	11.2		(4)	12.8	11.6	12.6	12.3	5	10		12.4	12	12	11.8	4	8		Évolution						
	4 764	Australien	H	5.5	3.7	7	9.5		6.3	4.3	6	9.4		7.4	6.2	8.5	12.4		7.3	5.5	8	7.3	9.4		6.8	4.5	7.7	7	7.2		?	11.8	9.7	10.6	9	5	7.3	+	11.2	9.7	10	9	4	7		11	9	10	8.5	4	6.5	
	4 756	—	H	6	3.8	5.8	8	+	6	4	6	8.2	+	8	6	9.2	10	+	8.8	5.5	10	8.9	6	$+^2$	7.6	5.5	10.4	9.3	6.5	$+^2$	?	12.2	9.8	12	9.2	?	4.5	$+^3$	12.7	10.8	12.4	10	?	5	$+^3$	13	11	12.2	10.4	?	6	$+^3$
	5.325	—	F	4.8	4	4.8	6	$+^3$	4.8	4.5	6	5.4	$+^3$	6.5	6.2	7.6	7		6.5	5.2	8	7.4	5.4	$+^2$	7.8	6	9	8	5	+	?	"	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	"		"	"	"	"	"	"	

1. Sexe
2. Diam. M.D. bord libre
3. d° au collet
4. d° L.L. au collet
5. Hauteur émail
6. Abrasion
7. Diam. M.D. bord libre
8. d° au collet
9. d° L.L. au collet
10. Hauteur émail
11. Abrasion
12. Diam. M.D. le plus grand
13. d° au collet
14. d° L.L. au collet
15. Hauteur émail
16. Abrasion
17. Diam. M.D. face triturante
18. d° au collet
19. d° L.L. face triturante
20. d° au collet
21. Hauteur émail
22. Abrasion
23. Diam. M.D. face triturante
24. d° au collet
25. d° L.L. face triturante
26. d° au collet
27. Hauteur émail
28. Abrasion
29. Cuspides
30. Diam. M.D. face triturante
31. d° au collet
32. d° L.L. face triturante
33. d° au collet
34. Cuspides
35. Hauteur émail
36. Abrasion
37. Diam. M.D. face triturante
38. d° au collet
39. d° L.L. face triturante
40. d° au collet
41. d° Cuspides
42. Hauteur émail
43. Abrasion
44. Diam. M.D. face triturante
45. d° au collet
46. d° L.L. face triturante
47. d° au collet
48. Cuspides
49. Hauteur émail
50. Abrasion

Maxillaire Inférieur

N° 7

Groupe	Numéro	Races	1 Incisive centrale	2	3	4	5	6	7 Incisive latérale	8	9	10	11	12 Canine	13	14	15	16	17 Première Prémolaire	18	19	20	21	22	23 Deuxième Prémolaire	24	25	26	27	28	29	30 Première Gr. molaire	31	32	33	34	35	36	37 Deuxième Gr. molaire	38	39	40	41	42	43	44 3e Grande molaire	45	46	47	48	49	50
Américains	7.105	Californien	H	5.4	3.5	5.5	5.8	$+^{1}$	6	4	6.5	5.5	$+^{1}$	6.8	5	6.2	8		5.5	5	8	7.4	5		6	4.6	8	7.2	5	$+^{2}$	?	10.4	9	10.5	8.9	5	5.5	$+^{2}$	9.7	9	10	9.2	4	3.3	$+^{1}$	9.8	8.2	9.7	8.5	4	3	+
	10.242	Esquimaud	H	5.1	4.5	6	7	+	5.5	4.4	6	9.2		7.5	6	7.7	12		7.3	5.6	7.8	7.3	7.5		6.2	5.5	8.4	7.6	7.3	+	2	11	9.7	11.4	10	5	7	$+^{4}$	10.8	10	10.9	10	(5)	5.5	$+^{1}$	10.5	8.5	10.7	10	4	6.5	
	10.243	—	F	5.4	3.3	5	7.7	+	6.4	4	5.8	7	+	6.6	5	7	8.2	+	6.7	4.6	6.7	6	7.7	+	7	4.6	7.5	6.2	6.2		3	11.4	9	10.9	9	(5)	6	+	10	8.7	12.5	8.6	(5)	4.3	+	10.9	9.4	10	7.7	(5)	6.8	
	10.244	—	F	4	3.4	5.9	3	$+^{2}$	5.2	4	6.2	4	$+^{2}$	7	6.4	7.9	5.7	$+^{2}$	6	5	7.8	6.5	4	$+^{2}$	6.4	5	8	7.3	4.4	$+^{2}$	?	10.7	9.5	10.5	9.5	?	8.5	$+^{4}$	11	[illegible]	11	9	?	4	$+^{3}$	"	"	"	"	"	"	
	10.286	Fuégien	H	6	3.5	4.3	7.5		7	4	5	8.3		7.3	5.5	6	11		6.3	5	7	6.6	7		7.5	5.3	7.5	6	6		2	11.8	9.5	10	8.5	5	7.5		10	8.5	9.5	8	4	6		10.9	9.5	9.5	8.5	?	5.5	
	10.287	—	F	5	3.7	5	9		6.3	4	6	9.5		7	5	6.6	10		7	4.8	7.3	6.4	7.7		7.3	5	8	6.4	7		?	11.8	9.2	10.5	9	5	6	+	12	9.2	10.7	9	(5)	6.5	+	10.8	8	9.7	7.6	4	6.2	
	10.283	—	F	6	3.7	5	9		6.5	4	6	10		7.7	5.5	7.3	11.5		7.4	4.8	7.5	6.5	8		8	5	8.2	5.5	6		2	12.2	9.6	11.3	9.4	5	6.5	+	11	9	11.5	9.3	4	6		12.3	9	10.4	8.2	4	5.5	
	12.196	Patagon	H	3.6	3.6	6	0	$+^{4}$	4.2	3.9	6.5	2	$+^{4}$	6.4	5.8	7.5	5	$+^{3}$	6	5.5	8.2	6.6	2	$+^{3}$	8.5	5.2	9.4	7.3	?	$+^{4}$	?	11.4	9.4	11.8	9.7	?	1	$+^{4}$	11.6	10.4	11	8	?	?	+ [illegible]	11.6	9	11	9	?	4	$+^{2}$
	12.191	—	H	5.5	3.8	6	7	$+^{1}$	6.8	4.8	6.7	7	$+^{1}$	8	6.5	8.5	10.2	+	7.2	5.5	8.6	7.8	7.5	+	7.5	5.5	9	8.2	7		2	11.6	9.2	11	8.8	5	6	$+^{2}$	11.8	10	11	9	4	6.4		10.5	9.5	10.5	9	?	5	+
	12.222	—	H	5.4	3.2	5.5	7		6.4	3.5	6	9.6		7.3	6	7.7	11		7.2	5	7.8	7.2	7.5		"	"	"	"	"			11.8	9.4	11.2	10.4	5	6.5	$+^{1}$	11.2	?	10	9.4	(5)	7.3		"	"	"	"	"	"	
	12.225	—	H	4.5	3.7	3.4	5.6	$+^{2}$	5.7	4.3	6	5.7	$+^{1}$	8	6.6	7.8	8.3	$+^{2}$	7.7	6	9	8	6.4	$+^{2}$	8	5.4	9.5	7.8	5	$+^{2}$	2	10.3	9.7	11.4	8	?	1.5	$+^{4}$	12	10.4	11.8	10	?	5	$+^{3}$	12.2	10	12	10	?	6.5	$+^{2}$
	12.221	—	H	3.5	3.2	6.2	6	$+^{3}$	5	4	6.8	?	$+^{3}$	6.5	6	8.3	5	$+^{3}$	7.5	6.5	9.3	8	?	$+^{3}$	7	5.3	9.6	9	?	$+^{3}$	?	11	10.6	11.2	8.6	?	?	$+^{4}$	12	10.3	12	10.5	?	?	$+^{4}$	10.5	9	11.4	10	?	?	$+^{3}$
	12.242	—	H	?	3.2	6	7	$+^{4}$	4.8	4	6	3	$+^{3}$	8.2	6.4	7	8	$+^{3}$	8	5.8	8.8	7.8	4	$+^{3}$	7.6	6	8.2	7.3	4	$+^{3}$	?	11	10	10.6	9.2	?	3	$+^{4}$	12	11	10.3	8.7	?	3	$+^{4}$	10.5	9	10	8.8	?	6	$+^{1}$
	12.232	—	H	5.5	4	6	7.6		6.3	4	6.4	9.5		8.4	6	7.8	9.2		7.5	5.3	8.2	7.3	7		7.4	5	8.3	7.3	5.5		2	12.3	9.6	12	11.2	5	5	$+^{1}$	11.2	9	11	9.2	4	5.5	$+^{1}$	11.4	9	11	9.6	5	5	+
	12.207	—	H	5	4	5.4	5.5	$+^{2}$	6	4.3	6.4	6.6	$+^{2}$	8	6.3	8.2	8.2	$+^{2}$	7.8	5.5	8.7	7.4	5.5	$+^{3}$	8.4	6	8.6	8	4.6	$+^{2}$	2	12.3	10.3	11.6	10	5	5	$+^{3}$	12.8	11	12	9.6	4	4.6	$+^{2}$	12.3	11	12	10.5	5	7	
	12.231	—	H	4.8	3.8	5	3.5	$+^{3}$	6	4.2	6	4.8	$+^{3}$	7.6	6.2	7	8	$+^{3}$	7.5	5	8.2	8	7	$+^{3}$	7	5	8.5	7.3	5.5	$+^{3}$	?	11.4	10	11	10	5	5.5	$+^{3}$	11.4	9.4	11.4	9.7	4	6.5	$+^{2}$	10.5	9	11.8	10	5	5.5	+
	12.238	—	F	6	3.2	5.3	6.5	$+^{2}$	6.6	4	5.7	8	$+^{2}$	7	5	6	9.5	+	7	4	7.3	6.2	7.2		8	5	8	6	6	$+^{2}$		11.6	8.7	10.6	8.2	5	5	+	10	8	10	8.2	4	5	+	10	7.6	9.8	7.3	?	6.4	
	1.268	—	F	6	3.8	5.6	9.2	+	6.5	4.5	5	9	+	7	5.5	8	10.5	+	7	5	7.8	6.8	7.5	+	8	5.8	8	6.4	6.4	+	2	11.8	9	11	9.3	5	5.6	+	11.4	9.5	10	8.8	4	6	+	11	9	10	9.3	5	6.4	
Africains	17.276	Arabe	H	4.6	3.4	5	?		6	4	5.3	8		6.3	5	6.8	10.5		6.3	5	7.7	7.2	8		7	5.3	8.2	7.6	7		2	10.8	9	10.2	9	5	7		10.5	8.8	10	9	4	7.5		10.8	9	10.5	8	5	7	
	6.872	—	H	4.2	4	5.5	8.5		5.3	3.6	6.4	9		7	6.3	8	11.4		7.2	5.3	8	7.4	8.5		7	5.5	8.8	8.3	8		2	10.5	9.5	10.3	9.6	5	7	+	11.8	10.6	11.3	10.6	4	7.3		11	10	10	9.5	5	6	$+^{1}$
	6.962	—	H	5.7	3.6	6.4	7.7	$+^{1}$	6.7	4.6	7	8.4	$+^{1}$	8	6.3	7.7	10.4	$+^{1}$	7.6	5.5	8.2	7.3	7.7		7.4	6.6	8.6	7.8	5		2	12	10	11.4	9.6	5	4	$+^{4}$	11	9.2	10.3	9.7	4	5.4	$+^{1}$	10.4	9.2	9.3	8.7	4	5.5	
	4.069	—	H	5.7	3.6	6.8	8.5		6.3	4.3	7	10		8.4	5.5	8.2	10		7.6	5.8	9	7.8	8		7	5.5	9.2	9	6		(3)	11.3	9.2	10.8	9.3	5	6	+	12.5	10.2	10.5	9	4	6.6		11	9.4	10	8.7	5	6.3	
	4.070	—	H	4.6	3.7	5.3	7.8		5.5	3.7	6	7.5		6.4	5.5	7.7	10		6.5	5	7.7	6.4	9.1		6.7	5.2	8.2	7.4	7.8		2	10.6	9	10.4	9	5	6.8	+	10.4	10	10	8	4	6.7		9	8.2	8.5	7.3	4	6	
	306	—	H	4.8	2.8	5.2	8.3		5.4	4	5.7	8.2		6.3	5.2	7.8	11.5		7	5	7.8	7	8		6.6	5.8	8.2	7.5	7		2	10	8.2	10	8.7	5	6.5		10	9.4	10.2	10	4	7		10.8	9	9.7	8	5	5.8	
	222	—	H	5	3	5.5	7.3		5.4	3.2	6.5	9.5		6.5	5.5	7.6	11.5		7	5.5	7.8	6.7	8.3		7	5	8	6.5	8		(3)	11	9.5	10	9.5	5	6		10.8	9.2	10	9.2	4	7.5		10.4	9.2	10	9.2	4	6	
	6.963	—	H	5.5	3.2	5	8.5		5.5	4	5.5	9.3		7.3	6.7	8	13		7.3	6.3	8.2	7.5	9.5		8	6	8.3	8.2	8		2	11.4	9.8	10.2	8.3	5	8		10	9.3	10.2	9	4	7.8		"	"	"	"	"	"	
	2.313	—	H	6	4	6.4	8.6		6	4	6	9		7	6.2	7.5	11		7.5	5.5	9	7.8	8		8	6.5	9	7.3	7		2	11.3	9.8	12	9.5	(6)	?	+	10.5	9.4	10.7	9.3	4	6		11.8	10	11	9.5	?	6	
	219	—	H	5	3.5	6.3	7.2		6.4	4.3	6.8	8.8		6.5	5.7	8.3	10		7.3	5	8.5	8.2	8		7.7	5.5	9	8.5	7.5		(3)	12	9.5	11.4	10	5	6.4	+	10	10.2	11	9.5	4	8		11.3	10	10.5	9	5	6	
	3.860	—	H	5	3.5	5.1	8.2		6	4	6	9		6.6	5.8	7.4	10		6.6	5	7	6	7.6		6	5	7	6	7		2	10.2	9	10	8	5	5.8	+	9.5	8	9.3	8	4	6.5		9.5	8.5	8.4	7.4	5	5.5	
	298	Kabyle	H	5	3.5	5.2	7.4		5.2	4	5.5	8.5		7	6	7	12		6.4	5.3	7.5	6.8	7.5		6.4	5	7	6.4	7.2		2	10.5	8.8	9.5	8	5	6	+	9.7	8.8	9.2	8.5	4	6.2		"	"	"	"	"	"	
	6.976	—	H	5.5	3.3	5.8	7.5		6.3	4.8	6.5	9.2		7.2	5.5	8	11		6.6	4.8	7.5	7	8		7	5	8	7	7.2		2	11	8.5	10.5	10	5	7		11	10	10.2	9.2	4	7		11	10	10	8.5	5	7.5	
	6.977	—	H	5.5	3.5	3.5	9.2		6	4	6	9.8		7.3	6	8.2	12		7.5	5	8	7.5	9		8	6	8.5	7.5	7		2	11	9	9.5	8	5	7	+	11.5	10.2	10.5	7.8	4	7.3		"	"	"	"	"	"	
	3.834	—	H	5	3.3	5.7	6	+°	6.4	4	6	7	$+^{1}$	7.3	5.5	8	8	+°	7.6	5.5	8	7.8	7.5	+°	7.5	5	8	7	6.5	+°	?	12	10	11	9.5	5	9.5	$+^{4}$	11	9.5	10.5	9.2	4	5	$+^{2}$	11.6	9.2	11.3	10	5	6	
	4.887	—	H	5.5	3.5	6	9.8		6	4	6.5	10.5		6.8	5	7.7	12		7.5	5.4	8.4	7.4	10		7	5	7.7	7	9		2	11.4	10	10.5	8.5	5	7.3		10.7	9.5	10	9	4	7.5		11.7	10.3	10.3	8	5	7	
	6.961	—	H	4.7	3.5	5.6	8.4		5.3	4	6	8.2		6.3	5.7	7.4	11.8		6	5	6.8	6.7	9		6.8	5	7.3	6.7	7.3		(3)	10	8.2	9.6	8.2	5	7.3	+	9.5	8.5	9.4	8.7	4	6.4		9	8.5	9	8.8	5	5.7	
Nègres	3.836	Cap Vert	H	5.3	3.7	5.7	8.3	+	6	4	6.5	8.5	+	7.3	6	8	10.5	+	7.4	5.2	8.2	7.4	8.3		7.8	6.7	8.3	7.5	7.6		2	11.8	10	11	9.4	5	6.7	$+^{1}$	11.9	10	10.8	9.2	4	7	+	11.6	10	10.2	8.5	5	5.6	
	3.304	Mandingue	H	5.6	3.7	6.4	11		6.3	4	6.4	8.6		8	6	8.4	11	$+^{2}$	7.3	5	8.3	7.3	7	$+^{1}$	8	5.4	7.5	6.5	6	$+^{4}$		11.7	9.5	11.2	9	5	5	$+^{1}$	11.7	9.3	10.5	9.6	4	7.7		11	10	11.6	9.7	4	6.4	
	308	Soudanais	H	6.4	4	6.7	10		7	4.6	7.2	10.8		7.9	6.5	8.2	12.4		7.8	6	7.8	7	8		7.2	5	8.2	7.7	7.3		2	12.5	10	11.5	10	5	6.4	$+^{2}$	11.5	10.5	11.5	9.2	4	8	$+^{1}$	11.2	10.2	11	9.8	?	7	+
	2.312	—	H	5.2	3.2	5.3	9		5.8	4.8	6.2	9		7	5.6	8.6	11	+	7	5	8	7	8.9		6.9	5	8.3	6.4	7		2	11.4	8.2	11.4	9	(6)	6		10.5	8.5	9.7	7.3	4	6.4		10.7	10	11	10	4	6.5	
	?	Darfour	H	5	4	6	6.7	+	6	4.2	6.8	7.4	+	7	6	8.5	9.8	+	8	8.7	9.4	8.4	7.3	+	8.3	6.2	10	8	6.4	+	?	11.1	10.	11.7	9.3	?	5.5	+	11.3	10.2	11.6	9.2	?	5.6	+	12.6	10	12.3	10.7	?	5	+
	9.877	Baïanda	H	6	4.5	5.3	9.3		6.7	4.2	5.7	10		8	6	7.6	12.5		7.4	5.4	8.4	6.5	8.7		7.8	5.7	8.3	7.4	9		2	11.8	9.6	11.2	8.8	5	7.4	$+^{1}$	11.7	10.3	11	8.4	4	6	+	12.8	10	11.8	10.3	5	7	
	4.798	Macoua	F	5	3.5	6.5	5	Tout	5.5	4	5	10	Tout	6.5	5.6	7.3	10.4		7	5	8	6.4	7.5		7.5	5.5	8.7	7.7	7.2		2	10.7	9.2	10.5	8.8	5	6	$+^{2}$	10.6	9.6	10.7	9.2	4	7		"	"	"	"	"	"	
	8.247	Miaou	F	"	"	"	"		5.2	3.5	5.5	9	+	6	5	7	9.4	$+^{1}$	6.5	5	7.4	7	7.2	$+^{1}$	6.5	5	7.7	7.2	7.6	$+^{1}$	(3)	9.7	8.7	10	8	5	6.8	$+^{1}$	9.3	8.5	9.7	8.5	4	7.3		10	8.7	9.8	8	5	7	
	8.254	Ounyamouezi	F	5.3	3	5	7.5		5.8	3.3	5.5	9		7.5	5.5	7.3	10.5		7.3	4.3	8.2	7	7.3		7.6	5	8.4	7.2	6		2	11	9	11	8.5	5	6	+	10	8.5	10.2	8.8	4	6		11	9.6	10.3	8.5	4	6.5	
	1.603	Hottentote	F	5	3.4	6.5	8		6	4	6.5	7.5		7	5.5	7	8.2	+	6.4	5	7.8	6.8	7	$+^{1}$	6.4	5.2	8	7.4	5.5	$+^{2}$	?	10.8	8.8	10.5	8.3	5	5	$+^{2}$	10.2	8.7	10.4	8.4	4	6	+	10.5	8.3	10.3	9	5	5.5	
	9.947	Bandjo	F	5.2	3.7	5	9		6	4.2	6	8.5		6.7	5.5	7.2	10		7.7	6.2	7.5	6.4	6.7		7.8	6.5	8	6.5	6.2		2	10.5	8.4	10	9.2	5	6	+	11	9.5	10.4	8.7	4	6.6		12	9.5	10.5	9.2	5	7.5	
	6.684	Béchouana	F	4.5	3.4	4	6		5	3.8	5	7.5		7	6.7	7	8		6.8	5.4	8	7	6		6.3	5.5	7.6	7	5.5		2	11.3	9.7	10	8.5	5	5.5	$+^{2}$	10.7	10	10	?	(5)	6.5		10.6	9.4	9.2	7	4	5.5	
Madagascar	12.306	Hova	H	6	3.4	5.2	8	+	7	3.3	5.5	2.9		8.4	5.5	6.7	10.5		8	5.4	[illegible]	7.2	9.4		5	6	9	7.2	7.7		2	11.7	8.8	10.8	8	5	6	$+^{2}$	11.8	10	10.6	9.2	4	7		11.5	9	10	8.6	5	6.4	
	12.311	—	H	5.2	4.3	5.5	8.8		6	4	6.1	9.6		7.8	6.3	8	10	[illegible]	7.6	5.3	9	7.7	7.7		8.2	6	9.2	8	7		(3)	"	"	"	"	"	"		12.6	10.3	10.4	7.3	(5)	7.5		"	"	"	"	"	"	

1 Sexe
2 Diam. M. D. bord libre
3 - d° au collet
4 - d° L. L. au collet
5 Hauteur de l'émail
6 Abrasion
7 Diam. M. D. bord libre
8 - d° au collet
9 - d° L. L. au collet
10 Hauteur de l'émail
11 Abrasion
12 Diam. M. D. le plus grand
13 - d° au collet
14 - d° L. L. au collet
15 Hauteur de l'émail
16 Abrasion
17 Diam. M. D. par face triturante
18 - d° au collet
19 - d° L. L. face triturante
20 - d° au collet
21 Hauteur de l'émail
22 Abrasion
23 Diam. M. D. face triturante
24 - d° au collet
25 - d° L. L. face triturante
26 - d° au collet
27 Hauteur de l'émail
28 Abrasion
29 Cuspides
30 Diam. M. D. face triturante
31 - d° au collet
32 - d° L. L. face triturante
33 - d° au collet
34 Cuspides
35 Hauteur de l'émail
36 Abrasion
37 Diam. M. D. face triturante
38 - d° au collet
39 - d° L. L. face triturante
40 - d° au collet
41 Cuspides
42 Hauteur de l'émail
43 Abrasion
44 Diam. M. D. face triturante
45 - d° au collet
46 - d° L. L. face triturante
47 - d° au collet
48 Cuspides
49 Hauteur émail
50 Abrasion

No 9

Max. Supr : 1 2 3 4 5 — Max. Infr : 6 7 8 9

Groupe	Numéros	Races	Sexe (1)	Développement entre incisives et canines (2)	— d° — entre prémol. (3)	— d° — entre molaires (4)	Total (5)	Développement entre incisives et canines (6)	— d° — entre prémol. (7)	— d° — entre molaires (8)	Total (9)
Blancs	3 723	Suédois	H	21.5	12.5	29	63	17.7	13.3	?	?
	1 726	Suédoise	F	21.7	12.5	?	?	18.2	12.7	?	?
	4.445	—	F	22.8	13.1	30.2	66.1	?	13.8	33	?
	633	Cosaque	H	25.3	13.5	27.7	66.5	19.8	12.8	28.7	61.3
	3 712	Roumain	H	?	13.2	26.7	?	17.7	14.3	32	64
	1878-8	Espagnole	F	23	14.8	?	?	17.9	14.9	?	?
	2 872	Français	H	20.5	12.2	28.7	61.4	17.9	13.1	29.7	60.7
	3 447	—	H	?	12.5	28.2	?	16.9	13	31	60.9
	15 876	—	H	21.2	13.2	29.7	64.1	18	12.8	31.5	62.3
	18 606	—	H	26.2	13.3	30.1	69.6	?	14.7	32.5	?
	16 808	—	H	24.7	14.2	?	?	20.5	14.4	?	?
	? 1	—	H	22.2	12	29.5	63.5	?	12.9	32.3	?
	? 2	—	H	22.7	14.5	28.9	66.5	18	15	34	67
	? 3	—	H	20.6	13.1	29.7	63.4	16.8	13.7	34	64
	? 4	—	H	19.7	12.7	29.9	62.3	18.4	14	33.7	66.1
	? 5	—	H	?	13.8	30.2	?	19	14.2	33	66.2
	8 113	Corse	H	25.1	14.3	?	?	20.1	14.5	?	?
	12 808	Française	F	19	11	26.4	56.4	17.5	12.2	28.5	58.2
	1894-28	—	F	20.6	11.5	27.6	59.7	16.4	12	29.5	57.9
Jaunes	648	Tartare	H	21.2	12.4	28.6	62.2	16.5	12	31	59.5 ?
	4 822	Mongol	H	26.2	15.6	30.3	72.1	2018	16.9	?	?
	4 825	Chinois	H	22.6	13.8	28.7	65.1	17.4	14.6	32.2	64.2
	4 826	—	H	22.4	12.7	27	62.1	18	14.1	30.8	62.9
	4 810	Japonais	H	25.1	14.8	30	69.9	19.8	15.3	34.5	69.2
	12 316	Tchoukchy	H	"	"	"	"	16	13.2	32.7	61.9
	12 325	—	H	22.7	13.2	28.9	68.8	14.7	12.7	31.7	59.1
	12 324	—	F	24.1	13.4	?	?	18.1	13.7	33.2	65
Blancs de l'Inde	4 881	Syck de Lahore	H	23	13.2	30	66.2	18.2	14.3	31.4	63.9
	2 916	Bengalais	H	23.4	14	?	?	18.2	13.8	31.5	63.5
	810	Bengali	F	22.3	12.6	?	?	17.6	14.4	34.8	66.8
Groupe Malais	4 809	Amboinais	H	25.2	14.8	32.2	72.2	20.7	15	35.5	71.2
	1 063	Malais	H	23.8	14.7	27.6	66.1	18.7	14.1	30.7	63.5
	6 192	—	H	23.3	13.7	29.7	66.7	18.2	15.1	32.4	65.7
	1 271	—	H	22.6	14.6	28.4	65.6	17.8	14.5	31.2	63.5
	4 817	—	H	23.7	13	?	?	18.6	13.9	?	?
	2 913	—	H	23.2	14.5	?	?	19.9	14.7	?	?
	4 812	—	H	24.4	15.7	30.5	70.6	19.1	14.6	34.5	68.2
	4 819	—	H	24.3	13.7	31.4	69.4	18.6	14	33.8	66.4
	4.810	—	F	22.5	14	30	66.5	17.3	14.1	32.5	63.9
	1 976	Javanais	H	22.4	14.9	28.6	65.9	19.6	16	34.8	70.4
	1 968	—	H	23.7	14.3	?	?	?	14.3	?	?
	1 977	—	H	25	16.6	31.5	73.1	20	16.3	35.4	71.7
	4 816	—	H	25.2	15	30.2	70.4	19.1	15.1	35.2	69.4
	1 982	—	H	24.4	13.9	?	?	18.5	14.4	31.5	64.4
	4 878	—	F	?	?	32	?	18.7	10.5	35.4	72.6
Philippins	8 280	Négrito	H	24.1	14.3	27.3	65.7	18.5	14	33.2	65.7
	9 764	—	F	22.5	13.7	27.1	63.3	18	13.6	33.3	64.9
Indonésiens	11 318	Dayack	H	23.7	12.9	30.8	67.4	18.3	14.4	?	?
	11 321	—	H	25.3	14.7	31.3	71.3	19	14	34.3	67.3
	11 322	—	H	22	13.6	?	?	17.1	14	32.2	63.3
	11 317	—	H	23.4	13.7	30.2	67.3	19.8	12.2	33.3	65.3
	11 897	Hindouais	H	23.3	13.7	?	?	17.4	13.3	30.5	61.2
	3 625	Tagal	H	26.3	15.9	31.2	73.4	20.1	16.2	36	72.3
	6 108	Arch. Gilbert	H	23.3	14.5	29.6	67.9	18.8	14.4	35.7	68.9

Groupe	Numéros	Races	Sexe (1)	Développement entre incisives et canines (2)	— d° — entre prémol. (3)	— d° — entre molaires (4)	Total (5)	Développement entre incisives et canines (6)	— d° — entre prémol. (7)	— d° — entre molaires (8)	Total (9)
Polynésiens	4 862	Tahitien	H	24	13.7	30.1	67.8	18.2	14	32.5	64.7
	4 863	—	H	23.8	14	29.9	67.7	16.7	14.3	33.7	64.7
	4 864	—	H	25.2	14.6	27.8	67.6	18	13.4	34.6	66
	4 869	—	F	23.5	?	28	?	17.5	14.2	32.6	64.3
	5 398	Maori	H	22.8	13.6	?	?	18.2	13.2	30.5	61.9
	812	—	F	23.1	13.7	29.4	66.2	18.3	13	33.2	64.5
	4 859	—	F	22	13.7	29	59.7	17.7	14.4	31.2	63.3
	6 546	Hawaïen	H	23.3	13.5	28.2	65	17.3	14	31.9	63.2
	6 549	—	H	24.2	15	30	69.2	19.3	14.9	34.2	68.4
	6.550	—	H	25.5	14.4	27.5	67.4	19.5	15.4	32.6	67.5
	6 551	—	H	23.7	13.6	29.9	67.2	19	13.9	32.8	65.7
	3 615	Néo Zéland	H	23.2	14.3	29.4	66.9	17.2	14.4	32.6	64.2
	4 371	Mangareva	H	24.3	13.7	28.5	66.5	19.8	14.8	34.4	69
	4 871	—	H	24	14.9	29	67.9	19.4	15	33.6	67.5
Papous	4780	Arch. Fiti	F	24.5	14.5	30.5	69.5	19	14.2	36.5	69.7
	4769	Alfourou	F	25.8	13.9	?	?	19.6	14.7	?	?
	4770	Sérone	F	25.3	13.5	27.1	65.9	19.6	14.5	32.8	66.9
	4 776	Toud	H	24.7	14.6	32.8	72.1	19.9	15	37.1	72
	4 772	—	F	24.4	14.2	31.1	69.7	19	15.4	36	70.4
	3 753	Iles Loyalty	H	25.2	15.3	32.7	73.2	20	16	35	71.3
	7 978	—	H	24.3	14.5	?	?	19.4	14.3	36.3	70
	4 374	Nelle Guinée	H	23.1	15.3	?	?	17.5	15.9	35.9	69.3
	4 771	—	H	24.1	15.2	32.2	71.5	19.3	15.8	37.2	72.3
	9 800	Iles Hébrides	H	24.1	13.8	27.9	65.8	19.2	14.6	32	65.8
	8 296	—	H	24.7	15.2	30	69.9	19.2	13.5	33.8	66.8
	9 795	—	H	23.4	15.5	33.8	72.7	18.3	14.8	36.6	69.7
	7 588	—	H	26.4	15.8	32.9	75.1	20.1	16	36.3	72.4
	6 870	—	H	24	14.7	?	?	19.1	15.4	34.7	69.2
	6 861	Iles Culio	H	23.5	13.4	28.9	65.8	20	13.3	32	65.8
	6 859	—	H	22	13.2	28.7	63.9	16.4	12.2	33.8	62.4
	6 874	—	H	24.3	14.3	31.5	70.1	18.9	14.5	35	68.4
	6 867	—	H	25.1	13.9	31.2	70.6	18.9	13.7	35.6	68.2
	6 865	—	H	24.3	13.6	31.8	69.7	18.2	14.6	36.2	69
	6 553	—	H	23.6	14.5	30.2	68.3	17.9	15.3	36.4	69.6
	20 022	—	H	?	13.7	29	?	18	14	?	?
	9 281	—	F	25.2	14.5	30.8	70.5	18.6	13.8	36	68.4
Australiens	3 637	Tasmanien	H	27.8	15.7	?	?	21.4	14.2	?	?
	4 764	Australien	H	24.2	12.6	28.2	65	19.2	14.1	34	67.3
	4 766	—	H	26.2	?	?	?	20	16.4	37.9	74.3
	5 326	—	F	?	14.7	30.9	?	16.1	14.3	?	?
Américains	7 105	Californien	H	23.6	13.6	26.4	63.6	18.2	12.5	29.9	60.6
	10 242	Esquimaux	H	23.7	12.8	27.4	63.9	19.1	13.5	32.3	64.9
	10 243	—	F	22.7	13.4	28.7	64.8	18.4	13.7	32.3	64.4
	10 244	—	F	20.6	12.1	27.1	59.8	16.2	12.4	?	?
	10 286	Fuégien	H	23.7	14	28.1	66.4	20.3	13.8	32.7	66.8
	10 287	—	F	23.5	14.5	27.6	65.6	18.3	14.3	34.6	67.2
	10 283	—	F	24.8	15.6	31.5	71.9	20.2	15.4	35.5	71.1
	12 196	Patagon	H	21.5	12.6	29	63.1	14.2	13.6	34.6	62.4
	12 191	—	H	25.9	14.2	30.8	70.9	20.3	14.7	33.9	68.9
	12 222	—	H	24	14	?	?	19	?	?	?
	12 225	—	H	24.3	13.8	31.6	69.7	18.2	15.7	34.5	68.4
	12 221	—	H	?	?	32	?	15	14.5	33.5	63
	12 242	—	H	24.2	14.8	31	70	?	15.6	33.5	?
	12 232	—	H	25.3	14.2	32	71.5	20.2	14.9	34.9	70
	12 207	—	H	26.5	15	33.8	75.3	19	16.2	37.4	72.6
	12 231	—	H	23.3	14.6	32	69.9	19.4	14.5	33.3	66.2
	12 238	—	F	26	14.6	29	69.6	19.6	15	31.6	66.2
	1 268	—	F	23.5	15	28.8	67.3	19.5	15	34.2	68.7

Groupe	Numéros	Races	Sexe (1)	Développement entre incisives et canines (2)	— d° — entre prémol. (3)	— d° — entre molaires (4)	Total (5)	Développement entre incisives et canines (6)	— d° — entre prémol. (7)	— d° — entre molaires (8)	Total (9)
Africains blancs	17 276	Arabe	H	22	12.9	28.6	63.5	16.9	13.3	32.1	62.3
	6 372	—	H	23.7	14.8	30.6	69.1	16.5	14.2	33.3	64
	6 962	—	H	26.1	14.5	29.3	69.9	20.4	15	33.4	68.8
	11 069	—	H	23.1	13.7	29.9	66.7	18.4	14.6	34.8	67.8
	11 070	—	H	22	12	27.1	61.1	16.5	13.2	30	69.7
	306	—	H	21.3	12.8	28	62.1	16.5	13.6	30.8	69
	222	—	H	21.4	13.5	28.3	64.7	16.0	14	32.2	63.1
	6 963	—	H	24	14.8	?	?	18.3	15.3	?	?
	2 313	—	H	24.4	14.4	31.2	70	19	15.5	33.6	68.1
	219	—	H	24	13.7	28.8	66.5	17.9	15	33.3	66.2
	3 860	—	H	23.5	14.3	?	?	17.6	12.6	29.2	59.4
	298	Kabyle	H	23.5	12.5	?	?	17.2	12.8	?	?
	6 976	—	H	24.2	12.9	36	67.7	19	13.6	33	65.6
	6 977	—	H	24.4	14.4	27.8	66.6	18.8	15.5	?	?
	3 834	—	H	24.9	14.2	29.5	68.6	18.7	15.1	34.6	68.4
	4 887	—	H	24.2	14.2	29.3	67.7	18.3	14.5	33.3	66.6
	6 961	—	H	21.3	12.8	?	?	16.3	12.8	28.5	57.6
Africains noirs	3 836	Cap vert	H	26	14.9	?	?	18.6	15.2	35.3	69.2
	3 804	Mandingue	H	25.6	14.7	31.6	71.9	19.8	15.3	33.4	69
	308	Soudanais	H	27.2	13.3	30.8	71.3	21.1	15	35.2	71.3
	2 312	—	H	24.6	14	28.3	66.9	18	13.9	32.6	64.5
	?	Darfour	H	23.2	14.5	31.2	68.9	18	16.3	35	60.3
	9 877	Baïanda	H	23.6	14.2	31.7	69.5	20.7	15.2	36.3	72.2
	4 798	Macona	F	21.5	12.9	?	?	17	14.5	?	?
	8 247	Miaou	F	20	12.3	27.5	59.8	?	12.5	29	?
	8.254	Anyamonés	F	24.9	14.5	30	67.4	18.6	14.8	32	65.4
	1 603	Hottentote	F	22.6	12.2	27.4	62.2	19	12.8	31.5	63.3
	9.947	Baudjo	F	?	13.6	30.1	?	17.9	15.5	33.5	66.9
	6.684	Béchouana	F	22.2	13	26.6	61.8	16.5	13.1	32.6	62.2
Madagascar	12 306	Hova	H	26.7	16	31.7	74.4	21.4	16	35	72.4
	12 311	—	H	23.9	14.4	31.8	70.1	19	15.8	?	?

1 — Max. Supr : Sexe
2 — Dévelopt entre incisives et canines
3 — d° — entre prémol.
4 — d° — entre molaires
5 — Total
6 — Max. Infr : Dévelopt entre incisives et canines
7 — d° — entre prémol.
8 — d° — entre molaires
9 — Total

N° 11

Groupe	N°	Race	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	3723	Suédois	H	192	145	135	97	37.5	44	64	70	100	60	58	37	94	82	120		60	42	42	33	32	27	49	45	40	32	26
	1726	Suédoise	F	182	140	120	101	31	43	57	79	94	54	60	30	91	83	115		53	37	37	35	33	28	?	50	42	35	28
	4445	—	F	179	132	122	95	27	47	65	65	95	60	52	33	89	70	110		56	49	39	36	35	31	47	42	35	31	26
	638	Cosaque	H	182	156	151	106	36	49	64	84	105	67	71	36.7	?	96	138		54	51	49	44	40	36	57	52	45	37	30
	3712	Roumain	H	177	135	130	100	33.5	48	60	76	100	64	64	32.7	99	77	120		54	?	?	40	40	32	51	48	42	35	29
	1878-3	Espagnole	F	183	126	116	86	30.5	41	58	70	91	60	60	31	85	67	105		52	?	37	36	35	29	?	40	36	32	25
	2782	Français	H	183	151	135	102	33	46.5	61	80	94	60	68	27.5	105	82	122		48	43	40	37	36	34	48	46	40	33	25
	3467	—	H	173	148	133	101	?	45	60	?	100	60	?	?	108	88	125		50	42	42	43	37	32	?	44	37	32	24
Blancs	15876	—	H	178	132	126	103	28	43	56	71	93	71	70	30	94	74	115		53.5	38	38	35	?	27	51	45	37	33	27
	18606	—	H	180	138	125	96	37	47	62	77	100	67	65	30	94	69	113		55	40	43	40	37	33	47	45	40	35	28
	16.398	—	H	187	145	130	101	31	44	55	79	95	68	72	32	100	81	123		58	?	?	37	35	29	53	46	?	35	27
	? 1	—	H	189	146	127	94	36	43	71	77	103	59	63	36	91	77	120		57.5	37	37	33	32	28	45	42	34	30	26
	? 2	—	H	181	132	?	103	32.5	46	62	71	93	62	60	35	93	75	112		?	42	40.5	38	34	27	48	45	37	30	26
	? 3	—	H	184	138	127	93	32	43	60	76	99	58	60	36	90	83	120		53	42	40	36	33	27	48	42	35	29	24
	? 4	—	H	191	151	134	107	38	48	60	92	107	72	72	27	?	81	123		58	47	43	36	33	28	52	46	39	33	28
	?	—	H																											
	3113	Corse	H	181	142	133	113.5	30	43.7	58	77	96.5	62	60	27.5	101	78	123		48	?	46	41	37	32.5	?	50	43.5	36	28
	12803	Française	F	176	140	133	99	32.5	45	59	71	97	68	63	32	92	77	120		54	46	43	36	33	28	52	46	37	32	25
	1891-28	—	F	180	136	131	90	31	44	61	68	92	60	57	36.5	93	71	115		55	40	39	35	35	31	46	42	37	31	26
	648	Tartare	H	170	134	126	107	31	46	59	72	100	59	56	38	93	81	120		54	40	37	35	34	29	47	44	?	31	26
	4822	Mongol	H	150	150	134	96	30	48	61	71	92	58	61	31	95	79	118		49	?	40	38	33	29	?	46	42	35	27
	4825	Chinois	H	173	131	120	89	35	43	66	80	101	55	60	34	88	75	107		57.5	38.5	39	37.5	35.5	30	44	44	38	36	28
Jaunes	4826	—	H	180	144	132	95	36.6	45	62	85	95	60	71	30	101	82	120		55.4	41	41	37	35	27	50	44	38	34	25.5
	8410	Japonais	H	186	137	137	102	42	48	58	74	101	70	65	39	100	84	124.5		55	44	42	39	36	28	?	44	37	29	?
	12324	Tchoukchy	F	188	1	134	101	36.6	50	63	74	103	57	56	39.5	95	93	123		59	?	43	39	37.5	29.5	?	49	43	?	?
	12316	—	H	188	144	143	116	43	48.2	70	77	110.5	70	66.5	42.5	96.5	86	130.5		57	?	?	?	?	32.5	?	47	39	32	26
	12325	—	H	181	140	146	123	39.4	51	72	84	?	?	65	?	104	?	?		62	45	43	41	41	34	55	49	44.5	36.5	30
Blancs	4881	Sykh de Lahore	H	181	138	127	96	28	49.2	60	78	99	64	61.5	29.6	99	79	120		50	45	43.5	43	41	33.5	51	47.5	42	35.5	29
de	2916	Bengalais	H	180	129	129	94	32.5	45.3	58	71.5	96	58	56	32.5	96	71.5	113		52.8	?	39	37	33	28.5	49	46.5	38	33	26
l'Inde	810	Bengali	F	167	132	119	89	24	41	50	61	81	53	48	33	88	77	111		44.5	?	37.5	35	33	28	48	?	38	30	24
	4809	Amboinais	H	170	143	130	94	34	46	63	74.5	100	60	64.5	39	91	83	120		58.5	42	40	38.5	36	33	48	43	36	30	26
	4819	Malais	H	168	137	124	91	29.4	44	60	75	93	64	68	29	95	79	118		52	43	42	39	38	32	48	42	37	34	28
	1963	—	H	178	138	136	111	26.7	51.6	60	67	94	61	54	31.5	101	77	117		52.3	38	41	38	36.5	31	52	45.5	39	32	31
	6192	—	H	178	135	130	92.5	28	48	65	70	98	66	65	38	91.5	75.5	114.5		58.3	40.5	39.5	37	30.5	30.5	?	46	41	34	26
	1271	—	H	158	137	132	100	33	48.2	62.3	73	95	60	61.5	32	100	72	118		52.6	?	40.5	38.5	35	25	49	43.5	37	30.5	24
	4817	—	H	170	134	140	107.5	31	50	64	71	92.5	50	59.5	34	100	87.5	126.5		51.2	?	43	41	41	34	?	50	44	37	29
Groupe	2913	—	H	179	136	129	90	33	47.7	56	70	89	52	59	35	96	72	117		55	?	39	36	34	30	?	39	35	29	24.5
	4812	—	H	168	141	136.5	92.5	29	48	54	74	95	64	61	32	104	80	124		57.6	46	43	39	39	34	57	50	42	34	28
Malais	4810	—	F	157	133	127	100	27.8	45	56	62.5	89	60	57	32.7	87	82	116		51	41	39	38	36	28	53.5	48	39	33	26
	1976	Javanais	H	169	140	134	94	33	47	65	78	102	70.5	70	35	100	80	122		52.2	44	44	35.5	35	28	54	48	38.5	32.5	25
	1968	—	H	167	142	133	92	28	50.5	60	68.5	92	54	55.5	32.5	97	81	121		53.3	43	39	38	36	29	?	44	38	36	28.5
	1977	—	H	176	145	126	91	37	46	61	82	106	75	71	34	92	72	113		60	42.5	42	40	37.5	33	48	46	38	32	25
	4816	—	H	181	149	139	101	34.5	46	66	68	102	58	56	42	100	83	124.5		62	45	45	44.5	40	36	49	41	36	33	27
	1982	—	H	177	124	126	104	34	43	61	68	98	70	62	40	93	75	115		55	?	40	36.5	37	31	46	44	38.5	33	28
	4376	—	F	163	132	120	88	30	45	62.5	79	97	64	70	30	94	77	112		56	37.5	39	35	30	27	50	45	37	32	26
	8280	Négrito	H	166	135	115	81	26.5	42	50	60	82	45	42	35	85	75	108		54	38	36	36	34	28.5	48	42	37	31	25
	9764	—	F	149	136	125	86	31	42	57.5	59	85	44.5	49.5	36	89	79	112		52.8	41	37	34	29	24	45	39.5	33	25	19
	11318	Dayack	H	174	136	128	86	32.2	47	60	75	100	66	70	40	96	80	118		53	43	40	36	34	30	45	43	35	31	25
	11321	—	H	173	126	132	99	28	49	55	73.5	102	71	62.5	39	96	82	120		52.6	42	41	37	33	28	51.5	47	40	34	25
Indonésiens	11322	—	H	180	138	135	107	28.4	51	61	70	94	57.5	57	30	103	80	120		51	?	39	39	36	31	58	47	41	34	27
	11317	—	H	184	132	130	85	34.5	43	61	73.5	97	56.5	62	38.4	98.5	77.5	114		53	39.5	39	35	34	28.5	?	45	38	31	25
	4897	Mindanao	H	174	142	129	96	32	45	56	69	92	54	53.5	36	94	71	108		54	?	38	38	36	32	46	45	38	32	27
	3625	Tagal	H	187	153	140	108	35	56	65	85	101	61	70	35.5	108	36	129		55	41.5	47	44	42	35	61	54	48	41	32
	6108	Arch. Gilbert	H	174	129	128	97.5	28.5	50	61.5	70	95	67	69	37	93	68.5	111		57.2	43	42	38.5	38	32	52	46	40	34	28
	4862	Tahitien	H	194	142	140	108	34	52.5	70	80	107.5	67	71	41	100	89	134		55	48	45	39	37	31	50	44.5	37	32	27.5
	4863	—	H	178	131	130	97	29	51	58.5	80	102	80	75	31.5	105	83.5	124		57	43	41.5	37	36	30	50	47	40.5	33	27
	4864	—	H	170	129	132	95	30.5	48	70	76	102	60	63	40	96	75	113		59	?	41	38	36	32	51	43	38	33	28
	4869	—	F	180	132	123	86	30.5	47	58.5	67.5	95	60	58.5	37	88	72	109.5		54.5	?	40.5	38	35	29	44	40	36	30	25
	5398	Maori	H	181	134	136	110	33.5	52.2	64	85	107	66	67	37	98	78	120		57	44	40	37	34	30	50	46	39	34	29
	812	—	F	178	132	131	97	30.5	50	55.5	67	98	65	61	43	94	83	123		58	45	42	37	36	31	52.5	47	41	33	27
	4859	—	F	172	135	122	92	35	48	60	71.5	97	56.5	58	37.5	82	70	112		56	44	41	36	33	29	49	42	38	31	26
Polynésiens	6546	Hawaien	H	171	131	130	102	30	47	57	75	94	53	60	35.7	93	83.5	122		55	37	35.5	33	32	28	49	42	35.5	29	24
	6549	—	H	174	149	142	106	37.7	48	65	90	109	67	71	35	106	82	127		56.4	41	37	34.5	32	28	51	43	37	29	25
	6.550	—	H	192	134	135	95	30	47	60	72	95	56	62	39	100	93	133		58.5	47	45	41	39	32	56	49	43	33.5	27
	6551	—	H	179	143	138	98	34	50.5	64	78	100	65	72.5	40	106	84	130		56	46	43	39	36	30	53	46.5	39.5	34	27
	3615	Néo Zélande	H	184	134	135	100	33	50	60	73	102	69	63	37	100	81	125		52	48	45	38	35	29	53	48	40	32	26
	4871	Mangariva	H	188	138	142	101	36	49	68	90	113	68	72	47	107	86	132		63	44	41	36	32.5	38	50	?	?	27.5	22
	4874	—	H	192	144	139	104	36	50	62	78	101	56	53	35	102	70	124		?	?	45	39	37	32	51	46	39	33	27
	3637	Tasmanien	H	140	144	127	94	29.3	46.8	57	76	95	62	64	34	97	67	109		60	45	40.5	40.5	40.5	35	?	45	40.5	37	29
	4164	Australien	H	185	124	132	95	31.5	42	70	82	100	64	72	32.6	?	81	121		60	44	43	37	36	31	48	43	35	30	26.5
Australiens	4166	—	H	178	128	124	90	33.2	47	64	73	97	53	57	34	95	72	112		60	40	41.5	?	?	29	50	40	40	32	27
	5326	—	F	165	128	126	87	33	47	64	68	100	60	55	37.5	93	72	111		61	41	38.5	36	35	28	47.5	44	38	34	27

Titres se rapportant aux Numéros des colonnes

1 Sexe (F = femme, H = homme)
2 Diamètre Antéro
3 — transverse
4 — Zygomatique
5 — Bi-angulaire
6 Hauteur de la symphyse
7 Trou mentonnier à trou mentonnier
8 — à angle maxillaire
9 — à apophyse coronoïde
10 — à condyle
11 Angle maxillaire à condyle
12 — à apophyse coronoïde
13 Apophyse coronoïde à condyle
14 — à apophyse coronoïde
15 Condyle à condyle face interne
16 — face externe
17 Diamètre des condyles
18 Longueur maxillaire supérieur
19 Diamètre palatin entre 3e gr. molaires
20 — — 2e —
21 — — 1re —
22 — — 2e prémolaire
23 — — 1re —
24 Diamètre lingual entre 3e gr. molaires
25 — — 2e —
26 — — 1re —
27 — — 2e prémolaire
28 — — 1re —

Groupe	N°	Race	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	4780	Arch. Fiji	F	186	126	123	91	28.9	43.3	52	74	93	59	54	33	87	71	112.5		57.2	39	41.3	39.9	36.4	30	43.1	40	37.3	32.8	28.5
	4769	Alfourou	F	169	118	106	82.5	30	41.5	52	63	85	48	45	26.4	79	64.5	97		57.5	?	32	29	32	29	?	36.5	33.5	30	25
	4770	Papoue	F	168	133	119	80	31.5	43	69	73	98	53	56	34	90	70	108		59	41	40	38	35	31	43	42	35.5	30.5	24
	4.776	Toud	H	188	137	133	100	31	44	68	82	105	63	65	33	98	91	128		59	46	46	40	36	30	52	48	40	34	27
	4.772	—	F	163	129	129	105.5	28.5	47.5	67	71.5	95	54	56	33.5	94	?	115.5		60	39.5	39	34	32	30.5	54	46	39	36	29
	3753	Iles Loyalty	H	174	122	129	97	34.6	56	54	73	93	62	67	35.6	95	77	120		58.5	41	41	36	37	31	51	46	38	34	27
	7978	—	H	194	125	139	97	33	46	66	85	105	65	65	28.7	102	75	125		56.5	?	45	40	38	32	51.5	47	42	36	28.5
	4374	Nelle Guinée	H	138	122	130	102	46	44	69	81	103	66	71	33	95.5	73	117		61	?	?	36	34	29	49	44.5	38	32.5	26
	4771	—	H	188	128	134	104	36	49	73	87.5	108	64	71	36	97	72	116		57.5	46	43	37	36	31	53	46	36.5	34	27
	9800	Nelles Hébrides	H	174	132	127	86	27	46	56	77	93	53	65	31	91	78	109.5		54	35.5	37	35	35	30	49.5	46	41.5	33	26.5
Papous	8296	—	H	176	128	129	104	32.4	43	66	73	100	64	61	34	92	69	108		65.5	37.5	40	37.5	33.5	28	45	44	38	32	26
	9795	—	H	177	132	134	93	32	43	68	75	104	61	60	39	98	82	120		67.3	44	44	41	36	30	50	43	36	31	24
	7588	—	H	176	130	140	109	35	40	75	92	123	76	70	40	98	85	129		56.5	52	48.5	41	39	33	57	56	45	38	31
	6870	—	H	186	125	130	81	30	43	64	77	97.5	62.5	66	32	92	81.5	124		57.5	?	40	37	37	32	47	42	38	33	27
	6361	Néo Calédonien	H	180	128	131	98	31.8	46.2	64.5	67	99	65.5	61	39	89.5	75	121		58	41	40	37.5	39.5	33	48.5	43.5	38	32	26
	6859	—	H	184	137	135	?	31.5	47.2	74	69	101	61	64	40	92	75	123		57.5	38.5	40.5	35.5	39	35	48	48	38	33	27
	6874	—	H	181	127	133	99	31.5	45	68	72	103	67	70	41	91	76	121.5		62	41.5	41	37	36	30	50	44	38	32	26
	6867	—	H	191	?	133	100	32.7	49	70	75	111	70	63	44	95	78	123		65	44.5	44.5	40.5	37	31	51	49	42	31	24
	6865	—	H	180	130	123	87	30.5	45	62	63	97	59	61.5	37	89	79	115		51.5	41	40	38	36	30	46	42	37	33	26.5
	6553	—	H	173	140	131	98	27	50	61	73	93	51	55	34	97	77	115		54	40	38	39	35	29	52.5	45	40	33	27
	20.022	—	H	190	120	125	106	33	44	46	75	104	65	65	40	95	67	121		62	42	40	34	36	29	49	43.5	34.5	31	25
	9281	—	F	180	122	125	97	31.8	48.3	58	69	90.5	66	59.5	43	94.5	75	117		60	39.5	39	37	36	30	48	48	36	33	27.5
	7105	Californien	H	183	142	133	99	35	47	58.4	80	97	67	68	30	103	77	117		58.5	46	43.5	38.5	37	31.5	51	46	40	34.5	31.5
	10242	Esquimaud	H	195	140	140	103	36.5	42	62	73	105	69	64	44	99	85	126		54	40	41	34.5	34.5	27	47	43	36.5	31.5	26
	10.243	—	F	182	131	129	91	35	42	54	68	95	64	57	35	94	83	122.5		52.3	43	41.5	37.5	40	32	45	42.5	35	30	25.5
	10244	—	F	196	140	149	127.2	36	48	67	72.5	102	70	70	43	100	90	130.5		54.3	?	40	38	39	32	?	47.2	43	35	29
	10286	Fuégien	H	190	147	147	112	38	47.5	63	87	111	70	66	32.5	108	82	131		62	43	46	37.5	35	32	53	49	40.5	36	30
	10287	—	F	175	139	128	97	30	46	62	65	91	51	48	33	92.5	74	113		55	45.5	43	42.5	38.5	33	49	47	41	35	29
	10283	—	F	186	140	136	98	33.7	45	70	82	103	58	62	32	97	75	119		58.5	40	44	40	40	36	52.5	48	40	38	31
	12196	Patagon	H	172	140	135	108	38.7	50.3	71	69	104.5	67	63	42	92	80	122.5		62.5	?	46	36	37	32	?	44	40	33	28
	12191	—	H	163	150	136	113	39	49	66.5	78	108	65	61	38	96.5	86	128.5		57.5	44.5	43	39.5	37	33	51.5	46.5	42	36.5	31
Américains	12222	—	H	172	149	118	88.5	32	41	52	62	82.5	48	48	29.3	87	73	105		46	?	36	33	30	30	?	40	32	27.5	24
	12225	—	H	182	146	148	97	41	51.5	64	81.5	105.5	71.5	71.5	34.5	109	83.5	130.5		56.5	50.5	49	43	39	35	55.5	51	45	33	31
	12221	—	H	188	141	151.5	107	50	51	70	83	118	81	77	47.4	111	80	127		68	51	48	44	41	36	52	48	42	34	28
	12242	—	H	182	156	151	112	39.6	50	68	88	115	83	78	37.5	105	85	130		60	50	46	41	40	35	60	52.5	45	39.5	32
	12232	—	H	178	145	148	119	40.5	47.5	71	88	110	75	73	38	99	78	124		61	45	45	41	38	33	32	47	38.5	35	28
	12207	—	H	190	148	151	128	39.3	54	66	72	107	75	67	43	102	95	133		53	48	47	43	43	35	60	55	45	39	32
	12281	—	H	178	156	147	122	41	50	75	80	112	71	72	45	101	89	131		61	52	47	41	43	36	54	49	43	38	32
	12238	—	F	170	145	137	90	34.6	42	65	67	97	60	60	40	91	70	115		53	42	42	36	33	28	47	43	35	31	23.5
	1268	—	F	172	142	135	90	33	45	57.5	71	93	65	60	37	100	80	115		53	38	40	37	35	28	49	48	40	35	28
	17276	Arabe	H	159	134	127	93	32	40.3	62.5	74.5	100	65	64	34	92.5	67	108		54.4	40.5	37	32	31.5	25	43	44	36	31	23.5
	6872	—	H	192	136	130	88	36.7	48	57	78	99.5	65	72	39.5	96	73	115		61	38	39	32	34	31	43	39	34	30	26
	6962	—	H	180	130	132	100.5	35	49	55	62	94	61	56	39.8	89	77.5	120		59	42.5	44	42	41	35	?	45	41	34	28
	11069	—	H	192	139	134	96	31	48	62.4	70	96.5	65	65	35.5	92	71	109		58	45.5	42.5	40	36	33.5	53	51	?	37	29
	11070	—	H	179	132	132	106	32	47	67.5	75.5	97	58	60	31.5	100	76	114		50	50	47	42	38	32	55	52	43	34.5	28
	306	—	H	174	128	124	101	32	46	62.3	75	100	62.5	62.5	36.5	90	70	110		54	35	36	32.5	30	25	52	47	39	33	28
	222	—	H	178	136	120	92	33.5	39.5	61	70	95	55	58	35.5	90	73	108		50	41	40	37	34	28	47.5	43.5	38	32	23
	6963	—	H	181	137	120	90	29	43.5	56	61	81	51	51	29	95	74	107		50	?	38	36	35	29	?	42	37	31	25.5
Africains	2313	—	H	190	134	128	107	37	49	64	88	114	72	66	38.5	95	65	110		59	46	48	?	39	34	52	49	?	37	30
	219	—	H	186	130	132	94	38.4	48	56	80	100	65	67	36	100	76	113		49	49	46	39	36	28	50	45	38	34	36
	3860	—	H	192	132	123	95	42.4	44	60	78	102	66	58	32	90	81	115		59	?	39	34	33	28	40	42	38	33	27
	298	Kabyle	H	176	142	131	99	30.5	45	58	77	94	51	57	32	104	80	116		50	?	42	40	38	37	?	50	45	40	33
	6976	—	H	192	138	128	103	31.3	49	66	81	106	60	54	32	98	70	114		60	45	44	43	38	32	52	47.5	41	35	29
	6977	—	H	185	138	132	91	37.7	47	62	79	106	65	61	38	95	80	123		65	41	40	37	36	32	?	47	41	36	29
	3834	—	H	185	136	133	101	33	46	66	76	104	61	62	41	111	77	120		61	44	41	38	39	32	51	47	41	34	29
	4887	—	H	186	146	127	98	35.5	45	57	70	94	61	59	34	100	73.5	114		55	41	39	?	31	?	50	46	?	34	27
	6961	—	H	182	132	117	88	34	40	52.5	74	95	59	58	33	87	76	107		51.6	?	37	33	31	26	45	41	37.5	30	24
	3836	Cap vert	H	178	128	130	100	42	45.5	72	79	105	55	61	38.4	96	80	117		56	?	43	40	35	30.5	49	44	35	32	27
	3804	Mandingue	H	176	135	133	97	37	50	65	77	101	60	66.5	39.5	97	78.5	118		63.7	47.5	43	41	?	31	47	44	40	34.5	27.5
	308	Soudanais	H	190	125	128	97.5	39.1	45.5	58.4	74.7	102	64.5	59.5	37	92.5	73	115		65.5	41	40	36	36	32	46	44	36.5	33.5	28
	2312	—	H	177	123	127	91	33.5	43.2	58	67.5	94.5	57	54	36	93	73	112		62.8	43.5	42	39	36	31	46.5	43	34	32.5	26.5
	?	Darfour	H	182	140	132	89	33.2	48.2	60	79	101	70	71	34	104	80.2	122.5		?	57.7	47.4	42	37.8	33	47.5	43.1	37	31.9	27
	9877	Baïanda	H	183	139	133	87.5	30.5	41	60	72	96	62	63	37	97	82	119		54.5	41	43	40.5	40	34	52	47	40	35.5	28.5
Nègres	4798	Macona	F	178	131	125	87	29.8	48	56	67	93.2	65	62.5	34	98	72	115		54	43	39	35.5	35	31	?	46	40	34	28
	8247	Miaou	F	169	125	120	80.5	32	40	60	61	87	52.5	51.5	33.6	81	74	110		49	34	36	33	30	26	44.5	38.5	34	28.5	23
	8254	Pangamavin	F	177	135	124	92	31.4	44	62	65	92	52	53.5	35	81	72	110		52.4	40.5	37	33	33	28	47	41	24	30	25
	1603	Hottentote	F	172	132	126	86	29	44	65	60	92	48	44	37	93	74	107		55.5	42	41	38	37	30	42	39	35	31	24
	9047	Bandjo	F	174	128	123	89	26.5	44	57	74	90	51	67.6	27.6	98.5	72	110		50	46	46	42	39	34	52	48	43	37	30
	6684	Béchouana	F	176	126	131	90.5	33	42	70.5	72	97	57	58	32	100	72	112.5		56	44	42	37	37	31	47	43	37	33	26
Madagascar	12306	Hova	H	181	134	131	96	29	45	56	81	96	61	64	30	108	81	124		56.3	41.5	42.7	42	39	32.5	52.5	43.2	34.5	32	25
	12311	—	H	181	133	125	91	30	47	55	70	94	63	60	32.5	102	77	117.5		57.4	?	?	37	35	29	"	"	"	34	27

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU MASQUE POUR ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Par M. Charles Gaudron,

Elève de 3e année à l'école de chirurgie dentaire.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du mardi 4 février 1908.)

J'ai l'honneur de vous soumettre un masque à anesthésie générale pour l'exposé duquel je vous demande de vouloir bien m'accorder quelques instants de bienveillante attention.

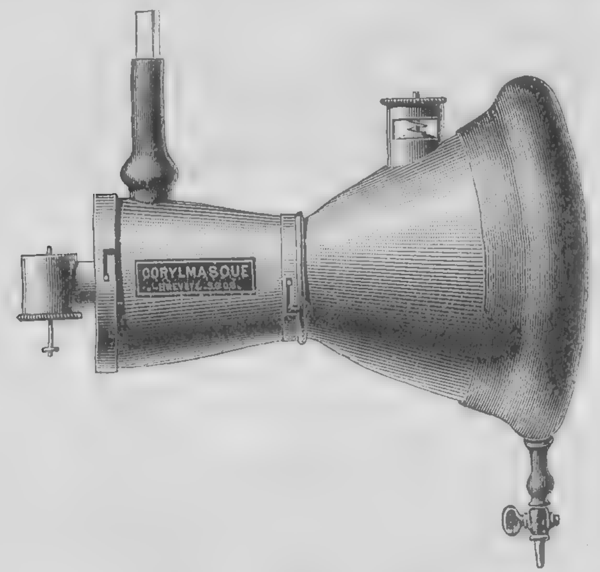


Fig. 1. — Masque complet.

Ce masque fut exécuté, d'après un modèle en carton que j'avais entièrement confectionné moi-même, d'abord par la maison Niedrée, puis par la maison Aubry. Le spécimen que je vous soumets (fig. 1) provient de cette dernière maison.

Le coryl masque est en *nickel pur*, sauf les soupapes en aluminium, il présente les grands avantages suivants :

1° D'être entièrement *démontable* ;

2° D'être parfaitement *stérilisable* sans crainte de détérioration ;

3° De rendre possible l'anesthésie *sans asphyxie*, et ce avec des doses minimes d'anesthésique ;

4° De permettre l'emploi de *tous* les anesthésiques connus (chloroforme, chlorure d'éthyle, coryloforme, protoxyde d'azote, éther, etc...) ;

5° De permettre l'anesthésie à distance ;

6° Enfin, d'être très facile à manier et de ne pas effrayer le malade.

Cet appareil se compose de deux parties, deux chambres bien distinctes se juxtaposant par leur petite base et ayant chacune un emploi déterminé (fig. 2).

I. *La chambre antérieure A* de forme ovalaire, constitue le masque proprement dit. Elle est munie d'un bourrelet pneumatique qui vient épouser d'une façon parfaite la forme du visage.

En C, une soupape, se soulevant de bas en haut, permet à l'air expiré de s'échapper.

Une cloison sépare les deux chambres. Cette cloison porte en son milieu une deuxième soupape F qui se meut d'arrière en avant, permettant à l'air pur ou chargé de vapeurs anesthésiques de passer de la chambre postérieure dans l'antérieure.

II. *La chambre postérieure D* affecte la forme d'un cône tronqué dont la plus petite base s'adapte à l'aide d'une fermeture à baïonnette au masque proprement dit. Elle est fermée à l'extrémité opposée par une cloison G qui porte une troisième soupape I ; celle-ci se soulève verticalement et fait communiquer la chambre postérieure avec l'air ambiant (elle diffère des autres soupapes en ce qu'elle ne possède pas de ressort et son poids seul la ramène dans la position qu'elle doit occuper. Il est cependant nécessaire, lorsqu'on endort dans la position couchée, d'adapter un ressort ou tout simplement d'interchanger la cloison G).

En O un petit curseur permet de limiter plus ou moins la course de la soupape, par suite de régler l'admission de l'air ou même d'en interdire complètement l'accès.

En L une grille limite l'accès d'un conduit K par lequel est introduite l'ampoule anesthésique. Cette ampoule maintenue par un tube de caoutchouc a sa pointe engagée dans le trou de cette grille ; un mouvement latéral ou d'arrière en avant suffit au moment voulu pour briser la pointe et permettre l'accès de l'anesthésique dans la chambre postérieure.

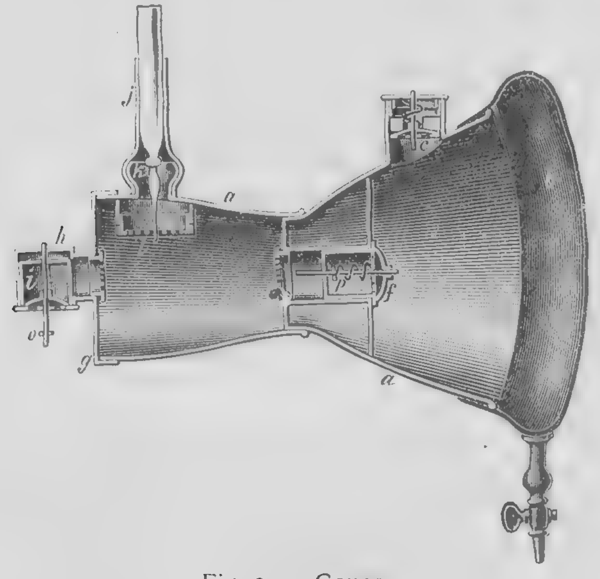


Fig. 2. — Coupe.

Les soupapes F et I sont respectivement protégées des morceaux de verre qui pourraient tomber dans la chambre D au moment du bris de l'ampoule, par les grilles M et N.

TECHNIQUE DE L'EMPLOI DU MASQUE.

L'ampoule contenant l'anesthésique est introduite dans le tube de caoutchouc (l'humecter avec de l'eau afin de faciliter son glissement).

S'assurer du parfait fonctionnement des soupapes (il importe de les avoir sensibles et fidèles), puis introduire dans la chambre postérieure D une petite compresse destinée à recevoir le liquide anesthésique.

Le bourrelet de caoutchouc B étant bien gonflé, placer

le masque sur la figure du patient, qu'on invite à respirer normalement.

Briser ensuite la pointe de l'ampoule dont le liquide se répand sur la compresse (l'ampoule brisée sera remplacée par une pleine dont on se servirait en cas de besoin).

Par aspiration, la soupape F se déplace, laissant passer un mélange d'air (introduit par la soupape I) et d'anesthésique.

A l'expiration, les soupapes F et I se referment tandis que la soupape C se soulevant donne issue à l'air expiré ; et ces phénomènes se reproduisent automatiquement jusqu'au sommeil qui survient en un temps très court.

Quant au jeu des soupapes, il est possible que, théoriquement, il soit défectueux ; mais je puis assurer que pratiquement, il est très avantageux ; grâce à lui, l'opérateur entend et peut voir respirer son malade.

L'originalité de mon appareil réside précisément dans l'adjonction au masque proprement dit d'une chambre de détente pour l'anesthésique, et suffisamment isolée pour qu'aucun danger de sidération ne puisse se produire.

Cette chambre est munie de soupapes convenablement dirigées, dans laquelle se prépare le mélange d'anesthésique entre l'air extérieur admis et l'anesthésique.

En ce qui concerne le chlorure d'éthyle pur ou les différents mélanges connus, on tend à croire que l'anesthésie d'un mélange d'air et de cet anesthésique ne peut être obtenue que très difficilement. Or, dans les anesthésies que j'ai faites jusqu'à ce jour, je n'ai pas remarqué que l'inhalation par le malade d'un mélange d'air et d'anesthésique ait prolongé d'une façon anormale la période pré-anesthésique.

D'autre part, le temps utilisable de l'anesthésie a une durée toujours suffisante pour les interventions de petite chirurgie que l'on se propose de pratiquer.

Le coryl masque permet l'emploi de tous les anesthésiques ; il suffit, en effet, pour le chloroforme ou l'éther, d'enlever le tube de caoutchouc, de verser le liquide par l'ouverture restée libre et d'obturer ensuite avec le doigt ou par tout

autre moyen. Il permet également de pratiquer l'anesthésie à distance en adoptant un dispositif très simple (fig. 3) :

A l'éthyleuse E j'adapte un tube de caoutchouc S (remplir le double fond d'eau chaude dans le but de donner une pression plus considérable au chlorure d'éthyle) muni d'un ballonnet doseur X, que je fixe au tube K du masque servant à l'introduction des ampoules. Ce tube de caoutchouc porte entre le ballonnet et le masque un robinet R permettant de régler à volonté le passage de l'anesthésique gazeux dans le masque.

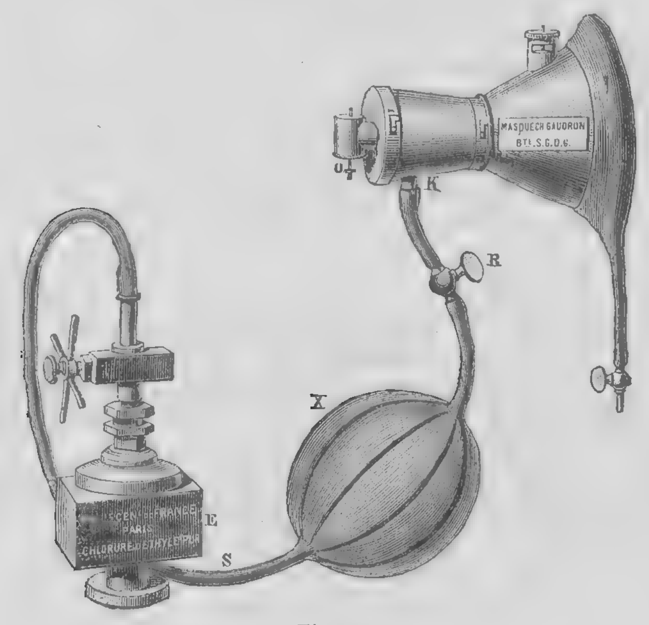


Fig. 3.

Pour faire fonctionner l'appareil ainsi disposé, l'éthyleuse étant pleine d'anesthésique, le ballonnet dégonflé et le robinet R fermé, je fais passer dans le ballonnet la dose maxima d'anesthésique pour laquelle il a été établi, soit 5 cc.

Je ferme alors l'éthyleuse et j'ouvre le robinet. L'anesthésique passe dans le masque qui fonctionne comme précédemment.

Ce dispositif permet d'employer l'anesthésique en vapeur soit pur, soit mélangé à l'air ambiant. Il suffit, en effet, de

manœuvrer le petit curseur O comme nous l'avons vu plus haut.

La technique du fonctionnement du masque est la même pour l'administration du protoxyde d'azote.

L'anesthésique utilisé est dans presque tous les cas le coryloforme, produit préparé par la Pharmacie Centrale de France et qui est un mélange en proportions déterminées et exactement dosées de :

Coryl	Chlorure d'éthyle.......... / Chlorure de méthyle.......	95 cc.
Bromure d'éthyle...................		5 cc.

Si l'on considère les points d'ébullition très différents de ces liquides :

Chlorure d'éthyle..................	+ 12°5
Chlorure de méthyle................	+ 20
Bromure d'éthyle...................	+ 38

on conçoit les soins constants qui doivent être apportés à la préparation du mélange, tant au point de vue de la pureté des composants que de leur dosage, afin d'obtenir un produit toujours identique à lui-même, et par suite produisant toujours les mêmes effets.

Telle est, messieurs, la présentation que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute compétence.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA PROTHÈSE DE PORCELAINE

Par N.-S. Jenkins.

Les premières couronnes de porcelaine, que j'ai vues, étaient posées sur un pivot de bois d'hickory bien sec. Il y avait un creux dans la couronne de porcelaine pour recevoir le pivot qui était introduit dans le canal de la dent à couronner. Il importait que le bois ne fût pas ajusté trop hermétiquement, surtout dans une racine faible, par crainte qu'une fracture ne résultât de sa dilatation ; si primitive et si peu hygiénique que fût cette opération, la couronne rendait des services pendant des années, ce qui montre la grande vitalité de bien des racines, même imparfaitement traitées. Puis vinrent les couronnes sur pivots en or, dont la couronne Richmond fut le résultat final. Il y eut ensuite de nombreuses couronnes de porcelaine soit avec pivots engagés dans la porcelaine, comme la couronne Logan, ou avec un pivot amovible, chacune ayant sa vogue et son utilité, quoique l'utilité de quelques-unes de ces inventions consistât surtout à apprendre celles qu'il fallait éviter.

Enfin vint la couronne de porcelaine, sculptée et fondue sur une coiffe et un pivot de platine, qui dans certaines positions et dans certaines circonstances ne laisse à désirer. Elle présente cependant certains inconvénients, dont l'inhabileté de l'opérateur n'est pas la moindre, sauf chez des opérateurs exceptionnels, ainsi que la difficulté d'obtenir une forme et une couleur parfaites. Tasser et fondre cette couronne jusqu'à ce qu'elle ait la forme, la dimension et la couleur voulues, c'est là un travail que ne peut exécuter tout dentiste avec succès. Bien plus, dans les couronnes de porcelaine à haute fusion, principalement employée à cet usage, il y a d'ordinaire une certaine porosité qui les rend quelque peu impropres à être meulées jusqu'à ce que l'occlusion soit parfaite.

Il existe cependant pour celui qui comprend l'usage de la porcelaine à basse fusion une dent idéale pour couronne et bridge, particulière à l'Angleterre et qui, en raison de ses qualités parfaites, mérite d'être connue et employée partout. Les dents anglaises en porcelaine ont une densité, une force et une variété de couleurs naturelles qui les rendent particulièrement propres à la prothèse en porcelaine, d'autant qu'elles peuvent se meuler et se polir avec une perfection inconnue. Comment traiter ces dents ou celles d'un autre fabricant pour obtenir une couronne et un bridge parfaits ?

Depuis longtemps, je me suis convaincu par l'observation que la fracture et l'ébranlement des dents portant des couronnes artificielles sont dues presque uniquement à une manipulation défectueuse.

La faiblesse provient d'un pivot insuffisamment résistant à la pression latérale dans le premier cas et à l'irritation causée par des bagues s'adaptant imparfaitement dans le second. Si un pivot qu'on ne peut courber est cimenté dans une racine fragile qui tient passablement bien à l'alvéole, cette dent continuera à rendre des services pendant un temps indéfini. Mettez-y un pivot qui cède à la force de la mastication et une fracture ou un déplacement de la couronne est inévitable. Préparez une racine comme pour une couronne Richmond avec bague s'étendant autour d'elle sous le bord libre de la gencive et vous aboutirez presque toujours à la résorption de celle-ci, à l'exposition de la bague et au manque de stabilité. Il est des cas, bien entendu, où une bague peut non seulement être tolérée, mais où elle est indispensable ; toutefois ces cas sont extrêmement rares. Nous savons tous que, quand une couronne se carie, la racine se carie également en concavité de la périphérie au canal pulpaire. Quand il n'existe qu'une mince marge de ciment et de dentine, l'union de la racine creuse avec l'alvéole est encore ferme et saine. S'il y a ébranlement, c'est par suppuration ou dépôt calcaire, et l'un et l'autre sont curables par un traitement approprié. Une racine découronnée peut être meulée jusqu'à ce qu'il y ait le rapport voulu avec la gencive, puis taillée en biseau pour former une cavité dans laquelle on insérera une coiffe de platine iridié, coiffe s'étendant exactement jusqu'au bord et formant une ligne continue avec la gencive.

La taille en biseau est nécessaire parce qu'à cet endroit la couronne doit être aussi forte que possible, parce que quand la couronne est complète, une fois posée, elle peut se mettre en place, comme un inlay, sans dévier de position.

Le meilleur procédé pour confectionner la coiffe consiste à prendre une empreinte avec une tige ovale de matière légèrement amollie à une extrémité par la chaleur. La gencive cède à cette pression directe et l'on obtient aisément une empreinte de la face sur la racine. Avec cela on fait un moulage en plâtre et un poinçon en métal fusible, comme à l'ordinaire et l'on martèle une coiffe mince de platine iridié à 10 o/o.

On ne peut simplifier en brunissant directement le platine pur, directement sur la face de la racine, parce que le platine est pur et trop susceptible de se courber. La coiffe doit avoir une certaine rigidité, que lui donne seul l'iridium. Un alliage à 30 o/o est suffisant dans ce but et peut être employé à l'épaisseur du 35 de la jauge américaine.

Reste la question du pivot qui doit supporter tout l'effort dans la

bouche. Après une longue expérience j'ai adopté un fil de platine iridié 30 o/o, comme le plus avantageux. Longtemps je pensai que le fil de 20 o/o suffisait, mais j'ai trouvé des cas où la résistance ne suffisait pas. Le fil de 30 o/o a un pouvoir élastique presque double de celui de 20 o/o.

Les numéros 14 et 16 de la jauge américaine semblent répondre à tous les besoins et j'ai des crampons de ces diamètres, répondant à l'instrument avec lequel je fore en dernier lieu le canal, de longueurs différentes, pouvant s'adapter aisément au cas qui se présente. Il faut recuire toujours cet alliage avec soin avant de le rouler ou de l'estamper pour en changer la forme, comme cela est quelquefois nécessaire, et si on le courbe pour réunir plusieurs fils à angle droit, il est bon de chauffer au rouge blanc.

La coiffe radiculaire exacte et le pivot nécessaire obtenus, on fore dans la coiffe un trou, par lequel passe le fil et l'on prend l'empreinte.

Pour souder la coiffe et le pivot, on évite toutes les difficultés en employant une soudure d'or, qui ne contient que le minimum de fondant et de l'acide, retenus par une substance liante. Cette soudure reste où elle est mise et fond complètement ; elle peut servir pour des bridges sur de larges ouvertures. Elle évite l'obligation du guide avec une pointe de platine tenue dans la main gauche. Elle peut si bien être unie au platine iridié, que la porcelaine ayant le point de fusion le plus élevé qui peut être fondue sans danger de volatilisation et elle peut pénétrer dans les coins les plus cachés. Pas de perte de substance, pas de point faible. La méthode s'applique à toutes les soudures, mais comme les constituants varient suivant l'alliage, les formules nécessaires n'ont pas été établies, sauf pour l'or pur.

La coiffe et le pivot étant en place, unis par une soudure définitive, prendre l'articulation et faire un moulage exact.

On arrive au choix de la forme et de la couleur de la couronne ou face. En prenant la peine nécessaire ce choix doit être parfait. Dans le cas d'une couronne simple ou du bridge le plus compliqué, toute trace de ce qui est artificiel peut et doit disparaître, et quand la couronne ou la face est en place, elle doit être fixée par de la soudure au crampon de platine iridié à 30 o/o qui traverse la coiffe. On passe alors à la confection avec la porcelaine pour renforcer la pièce.

Nous avons une couronne qui s'adapte à la racine, la coiffe taillée en biseau, renforcée par le pivot, se mettant exactement en place sans déviation. Aucun danger que la dent tourne sur son axe ou prenne une position autre que celle qui convient. Lentement, mais sûrement, avec un léger excès de ciment, elle est mise en place, et présente, une fois achevée, une force, une propreté, une beauté sans rivales.

Ce procédé est si sûr que je n'hésite pas à sacrifier une couronne défigurée, même dans un but esthétique, sans parler de l'enlèvement d'une couronne pour rendre un bridge possible. Cette facilité et cette certitude s'obtiennent très aisément par l'emploi des dents anglaises et d'une porcelaine à basse fusion. Les dents américaines et les porcelaines à haute fusion ne donnent pas de si bons résultats. Mais la porcelaine Ash et la porcelaine américaine à haute fusion donnent des résultats plus sûrs quand elles sont fondues dans un nouveau four électrique.

Il a été fait des essais pour obtenir un four d'un usage général dans les arts et en dentisterie pour des pièces plus grandes que celles qu'on peut mettre dans le four automatique Roach, qui opère la fusion d'un saumon de plomb et demeure sans rival pour l'inlay et les petite pièces.

Pendant des années je me suis servi d'un pyromètre électro-thermique. Il est indispensable pour des expériences, mais ennuyeux dans la pratique et sujet à des accidents. J'ai donc fait des essais pour obtenir un four électrique parfait.

M. Herœus, l'éminent métallurgiste de Hasson, en fait de semblables, et nous avons presque abouti.

Cette méthode consiste à faire fondre le fil de platine sur l'intérieur du moufle avec une porcelaine qu'il a inventée. Cela isole si bien le fil qu'un court circuit est presque impossible, ce qui augmente la commodité du four et sa résistance, car il dure alors un tiers ou un quart plus longtemps qu'un four disposé autrement. J'ai adopté cette disposition dans mon laboratoire avec interrupteur automatique. Ce système est basé sur l'invariabilité du point de fusion des métaux. On introduit une tige portant un fil fin dans le four. Il n'est relié qu'accidentellement avec le courant électrique, portant moins d'un ampère, de sorte que la température n'en est pas affectée par ce courant léger. Mais il est exposé à la température du four et comme, par exemple, avec du fil d'or pur, quand le four atteint 1075° c., le fil fond, le courant est interrompu et la température commence à baisser. Que le courant soit constant en force ou intermittent dans son action (ce dernier cas est le plus fréquent), quand le point de fusion de l'or pur est atteint alors, mais pas avant, l'action est suspendue. Il en est de même de l'argent et des alliages convenables de métaux dans les mêmes conditions. Il s'agit seulement de vérifier le point de fusion idéal de toute porcelaine et de se procurer le fil fondant à ce point, de mettre les morceaux dans le four, d'ouvrir le courant et de laisser le four faire le reste. Parmi ses divers avantages, ce système n'exige pas de rhéostat. Pas n'est besoin de surveillance ni de régularisation du courant. Le four est seulement fixé au conduit. Pas d'ouverture invitant l'œil à regarder. La chaleur est si régulière

que toute porcelaine fondue par ce procédé a une densité et une force plus grande que celles de toute porcelaine obtenue. Autrement et, outre l'économie de temps, il y a également économie d'électricité.

En résumé, les progrès principaux dans la prothèse de porcelaine que je puis signaler pour l'année écoulée sont les suivants :

1° Détermination des alliages les plus avantageux pour coiffes, crampons et fils de rattachement, c'est-à-dire pour les cas rares où des rubans partiels ou complets sont indiqués : alliage d'iridium et de platine à 10 o/o (coiffes), alliage à 30 o/o habituellement pour les fils de rattachement. Il y a cependant des cas, ceux par exemple où la courbure du fil répétée et brusque est nécessaire et où la tension sur la pièce complète n'est pas grande, où, à cause de la plus grande facilité de manipulation, un fil de 25 o/o est possible ;

2° La découverte d'une pâte à soudure d'or pur plastique qui simplifie beaucoup la soudure et la rend plus sûre ;

3° L'invention d'un four électrique complètement fermé amenant la fusion la plus complète de la porcelaine, sans inspection, sans fatigue pour la vue et sans inquiétude pour l'esprit.

Ces perfectionnements m'ont été très utiles dans ma pratique, de sorte que j'entreprends maintenant des bridges compliqués qui semblaient impraticables, avec la plus grande commodité et la plus grande certitude. De même quand une plaque est inévitable, ces perfectionnements facilitent et augmentent grandement l'application de la porcelaine de prothèse.

(Brit. Dent. J.)

REVUE ANALYTIQUE

Traitement des fissures congénitales de la voûte palatine. — Une morsure est souvent mortelle. — La stomatorrhagie.

Traitement des fissures congénitales de la voûte palatine.

Pour M. N. Price, l'opération de Langenbeck est la méthode de choix dans presque tous les cas, adultes ou enfants.

L'âge le plus convenable pour l'opération est de 6 à 10 ans, bien qu'il soit d'avis que l'âge le plus approprié est de 2 à 3 ans s'il est démontré qu'il n'y a pas de trop grand danger. Les muscles élévateur et extenseur du voile du palais, avec leurs insertions dans l'aponévrose palatine, doivent être conservés ; mais les adhérences de l'aponévrose au bord postérieur de la voûte palatine doivent être divisées, avec la muqueuse du côté nasal du voile. Un procédé imaginé par M. Mayo pour alléger la tension lui a rendu service. Les sutures une fois faites, et les bords du palais ramenés dans la ligne médiane, un morceau de ruban blanc est passé autour des deux lambeaux par les incisions latérales, tiré suffisamment pour se rapprocher d'eux légèrement et éviter la tension et fixé par une ligature de soie.

Les extrémités sont coupées et remontées du côté nasal des lambeaux. On laisse en place huit jours et cela sert aussi bien pour le drainage que pour alléger la tension. (*Ann. Surg.*, New-York.)

Une morsure est souvent mortelle.

Dans une de ses dernières leçons aux étudiants de Midcleton le prof. Miller disait qu'une morsure d'homme pouvait causer la mort plus rapidement qu'une morsure de serpent. Il avait plongé une flèche dans la salive d'une jeune fille en Allemagne et avait constaté que cette salive était plus toxique que le venin d'un reptile. *(Dent. Surg.)*

La stomatorrhagie.

Tantôt due à une lésion locale, tantôt liée à l'évolution d'une affection générale, la stomatorrhagie présente un grand intérêt clinique.

Les stomatorrhagies *traumatiques,* dont les plus fréquentes surviennent à la suite d'*extractions dentaires*, peuvent être d'une extrême gravité quand elles sont liées à l'existence d'un *anévrysme de l'artère dentaire inférieure.* Les *angiomes,* les *papillomes,* le *pemphigus hémorragique,* les *varices* de la bouche sont, avec les *stomatites,* autant de causes locales de stomatorrhagie.

Le *scorbut* et la *maladie de Barlow* s'accompagnent de lésions et d'hémorragies gingivales bien connues.

Si un diagnostic précoce n'a pas été fait, la stomatorrhagie peut faire soupçonner l'existence de la *leucémie.*

Hanot a, le premier, signalé les hémorragies de la bouche dans les

cirrhoses hépatiques. Les hémorragies se produisent le plus souvent au niveau des gencives, elles marquent souvent le début de cette affection; on peut même les considérer comme un symptôme de précirrhose.

L'*urémie* peut produire de la stomatite et des hémorragies surtout à la période cachectique.

La stomatorrhagie fait partie du syndrome hémorragique de la *fièvre jaune*.

Dans l'*hémophilie*, les pertes de sang peuvent être spontanées ; mais dans la région buccale, les mieux connues et les plus graves sont celles qui suivent les extractions dentaires. Suintement capillaire en nappe, renaissant avec une persistance qui met en échec pendant des heures et quelquefois des jours tout traitement, elles ont pu dans quelques observations amener la mort.

On doit également signaler la stomatorrhagie comme phénomène de *déviation possible des règles*.

Restent les *névroses* et en particulier l'*hystérie*, dont la symptomatologie comprend quelquefois la stomatorrhagie.

Le *diagnostic* des stomatorrhagies doit être précisé à un double point de vue : 1° *Diagnostic différentiel* avec l'hématémèse, l'hémoptysie, etc.; 2° *Diagnostic étiologique :* intéressant, au point de vue des affections générales qu'il peut aider à découvrir, indispensable, au point de vue du traitement rationnel à instituer.

Le *pronostic* est très variable suivant cette étiologie. Cependant, il est rare que la stomatorrhagie entraîne la mort ; mais il n'est pas de praticien qui n'ait observé quelques cas où se soient révélées impuissantes les méthodes thérapeutiques les plus diverses. L'hémorragie qui suit l'extraction dentaire chez les hémophiles est particulièrement tenace et récidivante.

Parmi les *traitements* récemment préconisés, les injections de sérum ont donné entre les mains de M. P.-E. Weil des résultats qui semblent indiscutables. Le traitement par la gélatine préconisé par M. Carnot ne paraît pas moins efficace. L'emploi thérapeutique de ces agents se justifie par des considérations théoriques intéressantes. Le Penghawaz Yambi a également donné de bons résultats. (*La Clinique*, 3 janvier 1908.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Dorure des plaques. — Autant que l'expérience a permis de le constater, il est impossible jusqu'à présent de dorer une plaque en métal sans qu'elle se ternisse en peu de temps une fois dans la bouche. On obtient les meilleurs résultats par une triple dorure, c'est-à-dire trois applications successives séparées par un brunissage complet, en se servant de solutions froides et d'un courant d'un très faible voltage. On obtient ainsi un dépôt dur et à grains fins, d'une couleur moins brillante que par d'autres procédés, mais très durable. Néanmoins il se ternit en quelques semaines dans la plupart des bouches. *(Dent. Surg.)*

Brunissage des matrices pour inlays. — Il n'y a pas à se préoccuper des plis qui se forment dans la matrice, aux bords, car si ces bords sont bien préparés les plis peuvent être brunis au même degré que le reste de la matrice. Le point important, c'est d'adapter celle-ci aux parois et aux rainures de la cavité et d'éviter de la déchirer, et ce résultat s'obtient plus aisément si les plis aux bords sont négligés. *(Dent. Rev.)*

Trempe du fil métallique. — On donne la trempe au fil de maillechort ou d'autres alliages par le procédé de la filière et en le chauffant, pour le refroidir on ne le trempe pas. En réduisant légèrement le temps de chaque étirage, si ces étirages sont nombreux, on amollit le fil et on le rend malléable ; en réduisant considérablement ce temps, si les étirages sont peu nombreux, cela rend le fil cassant ; une réduction moyenne pour quelques étirages donne la trempe d'un ressort. Manipuler chaque métal différemment, car la production de ce ressort n'est pas aisée. La trempe de ressort se perd en surchauffant ou en courbant à l'excès. *(Dent. Surg.)*

Eau froide pour les empreintes résinées. — Pour faciliter la séparation de l'empreinte et du moulage, on les plonge dans l'eau, froide de préférence, sauf quand le savon ou un autre agent résineux a été employé comme moyen de séparation. En plongeant dans l'eau chaude, celle-ci augmente l'adhérence et l'on a deux surfaces cimentées, qui se séparent difficilement et restent rugueuses. Il faut plonger dans l'eau froide les deux pièces quand on se sert d'un agent résineux ; dans l'eau chaude ou froide dans le cas contraire. *(Off. and Laborat.)*

Traitement de la pyorrhée. — Injecter d'abord dans les poches quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 15 o/o jusqu'à ce que les tissus soient anesthésiés, puis avec une série des instruments d'Younger pour la pyorrhée, modifiés par Good, aller, si besoin est, jusqu'à l'extrémité des racines, en ayant soin d'enlever tous les dépôts calcaires à la première séance. Quand il ne reste plus rien polir soigneusement et injecter quelques gouttes d'acide lactique deux ou trois fois par semaine, jusqu'à ce qu'on ait des résultats, lents parfois, mais certains. Indiquer alors au patient la façon de se brosser les dents et les gencives. *(Dent. Era.)*

Bords de cavité pour inlays. — Toutes les parties de la cavité doivent être bien taillées et brillamment polies. Avec un peu de pierre d'Arkansas, on peut obtenir un beau fini qui doit être étendu au delà des bords en donnant partout dans le voisinage de la cavité une surface polie de laquelle la matrice peut s'enlever. Ne pas songer à faire une matrice parfaite contre un bord aigu, inégal ou rugueux ou à l'enlever sans accident d'une cavité autour de laquelle on a laissé des faces rugueuses. *(Elliott's Quart.)*

Enlèvement des rubans. — On peut aisément et rapidement enlever des rubans cimentés des dents avec un instrument en forme de tourne-vis fait d'un vieil excavateur. Enfoncer la lame sous le ruban, puis tourner partiellement, d'abord dans un sens puis dans l'autre et briser le ruban en deux. Continuer la rupture en tournant à droite et à gauche et on l'arrache aisément. Cela est plus aisé pour le patient et vaut mieux pour la dent que de couper le ruban en deux avec un ciseau ou une roue de carborundum. *(Dent. Surg.)*

Expansion de l'arcade.— L'expansion de l'arcade amène souvent un trop grand mouvement en dehors des molaires dû à une tension trop forte du ressort sur les dents, et trop peu d'espace entre les bicuspidées et l'arcade. — Procéder à l'expansion de la partie antérieure de l'arcade dentaire d'abord, ligaturer les bicuspidées (et les cuspidées au besoin) de très près à l'arcade, faire peu d'effort pour élargir la région molaire jusqu'à la fin de l'opération. Le fait que l'expansion de l'arcade déplace quelquefois les molaires est dû principalement à l'inobservation de ces détails. *(Dent. Reg.)*

Anesthésie de la pulpe sans emploi de la seringue à pression. — Préparer la cavité comme d'habitude. Placer un tampon de coton saturé d'une solution de cocaïne sur la pulpe et remplir le reste de la cavité avec un morceau de caoutchouc vulcanisé. Prendre un petit morceau de bois d'oranger, le placer dans la cavité, prier le patient de mordre avec force. On a ainsi une force bien dirigée, avec peu d'incommodité pour le patient et l'opérateur.

Nous avons réussi à anesthésier la pulpe par ce moyen, après avoir échoué maintes fois avec d'autres.

Cette méthode peut toutefois difficilement être appliquée, si la digue, nécessaire dans ces opérations, est employée. *(Summary.)*

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Je vous adresse les quelques réflexions suivantes que m'a suggérées l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France du 19 janvier 1908.

C'est en 1879 que l'art dentaire a commencé à se constituer.

La période caractéristique de cette évolution date d'avril 1879 par une des premières sociétés françaises (le Cercle des Dentistes de Paris) et aujourd'hui, seulement, nous pouvons dire que *d'idéaliste* qu'elle était elle devient *réaliste et pratique*, c'est-à-dire que les odontologistes cessent *de rêver pour agir*. Espérons que l'esprit d'entreprise va se répandre, que les symptômes d'activité *économique* apparaîtront, que les pouvoirs publics se rendront compte que si l'enseignement universitaire, *de tout temps très influent sur l'esprit public,* ne nous a pas donné satisfaction, ses professeurs, *aujourd'hui et demain*, devront exalter la supériorité de la volonté, prêcher le culte de l'action, et enseigner *la nécessité de l'effort*. L'esprit d'activité économique apparaît.

Il ne nous manque aujourd'hui, en France qu'une *vaste société odontologique* parfaitement unie afin que nous puissions arriver à remporter la victoire de cette science que nous appelons *l'odontologie*. Certains de nos confrères ont voulu cette victoire odontologique très rapide et nous dirons à ce sujet : si une certaine confiance aide au succès, la suspicion à l'égard des autres, la présomption, sont deux facteurs qui sont toujours funestes. Souvent quelques victoires obscurcissent la vision des vainqueurs, l'ivresse du triomphe peut troubler leur lucidité ; nous ne devrions *jamais oublier* que le but que nous croyons atteint est souvent assez éloigné et que, si quelquefois nous sommes déçus, *nous ne devons jamais nous décourager*.

Notre souci doit être de préparer l'avenir, nous devons nous moderniser, penser aux luttes économiques. Nous devons *savoir nous spécialiser* et pousser *dans leurs dernières conséquences* les découvertes nouvelles de la science odontologique, en tirer des applications qui seront à notre avantage. Nous rappellerons à nos confrères que nous devons progresser, car « en imitant nous resterons toujours inférieurs », nous devons ajouter à cette science odontologique des qualités de méthode, *nous unir* et arriver à dépasser nos maîtres, c'est-à-dire les écoles américaines dont la réputation est mondiale, ou sinon marcher de pair avec elles. Nous devons arriver à nous placer au

premier rang des nations en ce qui concerne l'enseignement odontologique.

Nous avions pensé que notre activité du Groupement de l'École dentaire de Paris finirait par secouer la torpeur de nos confrères; notre espérance a été déçue, car sur environ 600 membres actifs formant l'Association générale des dentistes de France seulement 244 ont pris part à l'élection du 19 janvier.

Nous ne pensons pas que nos confrères tiendraient à fournir à MM. les Stomatologistes les moyens de nous supplanter; nous tenons à rappeler aux pessimistes que les gens *indépendants*, quelquefois un peu instruits, savent *toujours vaincre*, surtout *lorsque leur seule ambition* est l'intérêt de tous les membres de l'Association.

Recevez, etc., etc.

P. Monnin (du Mans).

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil de direction du 11 février 1908, M. Devoucoux a été nommé chef de clinique honoraire, et M. Mendel-Joseph, professeur titulaire.

*
* *

Le Conseil a décidé la création d'un poste de professeur suppléant de bridges.

*
* *

MM. Georges Martinier, Bouvier, Cottard ont été nommés démonstrateurs hebdomadaires.

*
* *

Le Conseil du corps enseignant a tenu une réunion le jeudi 27 février.

28e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1908 Vol. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE ANALYTIQUE SUR L'ÉROSION CHIMIQUE

Par M. R. Heidé,

Professeur honoraire à l'École dentaire de Paris.

La communication que j'ai l'honneur de vous faire, porte sur un cas d'érosion, que j'ai eu l'occasion d'observer dans ma clientèle. Il me permettra, grâce aux caractères typiques qu'il présente, comme aussi grâce à l'intervention qu'il a nécessitée, de m'étendre quelque peu sur l'étiologie et la pathogénie de l'érosion. Je terminerai ma communication en vous disant quelques mots du traitement que j'ai été amené à employer chez mon sujet.

Ce qui caractérise l'érosion, vous le savez, c'est sa dureté, son poli, la fréquence de son siège à la surface labiale, près du bord cervical, l'absence de tartre chez les sujets qui en sont atteints, la forme même de l'excavation, habituellement creusée comme à l'emporte-pièce.

J'ajouterai que la coloration de l'érosion est ordinairement blanche, mais peut quelquefois virer au jaune ; on observe même des érosions brunâtres et presque noires.

« La sensibilité, dit M. Frey, dans son remarquable mémoire sur l'érosion chimique des dents, est manifeste au froid, au sucré, au salé, aux acides, au contact d'un instrument, de la brosse, de l'ongle. » Cette sensibilité, variable suivant le champ d'érosion chimique, varie encore sur la même érosion, qui pourra en effet être plus sensible dans

une période de surexcitation nerveuse ou dans une période de crise dyspeptique. Dans ce dernier cas, on peut se demander si c'est à cause de l'hyperacidité salivaire ou d'une hyperexcitabilité nerveuse secondaire du malade.

« Comment se développe en général la défectuosité cunéiforme? La gencive commence par se rétracter; Bödecker prétend même que la gencive est toujours enflammée et rétractée ; le collet de la dent est mis à nu, une couche de cément disparaît, mettant à découvert la dentine, où se forment de petites cavités en soucoupes séparées les unes des autres. Cette érosion se creuse peu à peu, mais la marche en est souvent très lente. » M. Frey cite, dans le passage que je viens de vous lire, l'opinion de Bödecker, qui prétend que la gencive est toujours enflammée et rétractée. Je puis avancer, en connaissance de cause, que cette opinion est erronée sous la forme exclusive sous laquelle il la présente. Dans le cas même qui fait l'objet de cette communication, le malade à qui j'ai eu à donner mes soins ne présentait pas d'irritation gingivale.

D'une façon générale, on distingue plusieurs sortes d'érosions :

a) Les érosions cunéiformes du collet ;

b) Les érosions siégeant à la surface labiale ou buccale de la couronne ;

c) Les érosions survenant à la surface triturante des dents.

En général, dans cette dernière variété, ce sont principalement les premières molaires qui sont atteintes.

Aux faces labiales et buccales des dents, on peut aussi trouver des défectuosités polies des dents, mais très rares, et qui se forment quand l'émail a disparu à leur niveau. On ignore leur mode de production. On a invoqué tour à tour l'action des acides et celles des bactéries ; on peut dire d'une façon générale qu'ici l'émail s'écaille sans cause connue.

L'étiologie a été l'objet de maintes discussions, comme nous allons le voir.

Nous avons tous présente à la mémoire la remarquable conférence que nous fit récemment M. W. D. Miller, de Berlin. Il a mis un réel talent à nous exposer ses recherches sur l'érosion, lui attribuant deux causes : l'emploi des brosses, l'usage des poudres.

Je ne nie pas qu'il n'y ait une certaine part de vérité dans son opinion pour tout ce qui concerne l'érosion du collet, mais j'ajouterai que, si la brosse et les poudres sont des causes occasionnelles de l'érosion, *elles me paraissent insuffisantes pour les produire à elles seules, sans quoi presque toute l'humanité civilisée, qui fait usage de brosses et de poudres devrait être atteinte d'érosions dentaires,* ce qui n'est pas, bien heureusement. La brosse, les poudres agissent, certes, mais à la condition d'opérer sur un terrain déterminé, qui est l'arthritisme, cette grande cause prédisposante. Notre collègue, M. Frey, a très nettement mis ce dernier facteur en lumière, et je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à sa remarquable étude sur l'érosion chimique des dents, étude à laquelle j'ai emprunté les passages que je vous ai lus tout à l'heure. J'ajouterai que M. Miller est revenu partiellement sur ce que son opinion primitive avait de trop exclusif, car lui aussi croit devoir faire une certaine part à l'arthritisme. En tous cas, il pense que les défectuosités cunéiformes peuvent survenir indépendamment de l'action de la brosse.

On a invoqué tour à tour pour expliquer la production de ces dernières, la résorption des couches de l'ivoire ; c'est la théorie d'Einderer ; et l'exfoliation, soutenue par Baume, mais controuvée par l'examen microscopique.

Mickaëls, à qui nous sommes redevables, sur ce sujet, d'une communication au Congrès de Lyon de 1898, a attribué l'érosion à l'action de la salive pathologique acide ; il incrimine les sulfo-cyanures alcalins comme le grand dissolvant de l'émail. D'après lui, les sulfo-cyanures dissolvent l'osséine des dents, mettant en liberté les éléments minéraux qui réagissent en sa présence et donnent lieu à la formation d'un sulfo-cyanure de calcium et de phosphates de potasse

et d'ammoniaque. A vrai dire, nombreuses sont les expériences qui déjà ont été faites, touchant le mécanisme générateur de l'érosion. Bastyr a constaté sur des parties de dents soumises à l'action de liquides faiblement acides, puis brossées, que la partie érodée augmentait en raison de la prolongation de l'action de l'acide ; il conclut de ces expériences que la brosse à dent, seule, ne suffit pas à produire des érosions lorsque la dentine est normale. Pour leur production, il faut joindre à l'emploi de la brosse celui d'un dentifrice acide. Sur des érosions ainsi produites expérimentalement, il constate que les pertes de substances ne possédaient pas de bords aussi tranchants qu'ils le sont habituellement dans la bouche. Il fait remarquer que cependant on observe dans la bouche des érosions qui ne sont pas à bords tout à fait tranchants ; celles-là, on peut les attribuer à la brosse à dent et à la poudre dentifrice acide seules, et éventuellement à l'action du muscle bucco-labial, en faisant intervenir comme facteur adjuvant mécanique les sels de chaux précipités d'une façon continue de la salive. Mais de toutes façons le rôle prépondérant doit revenir au frottement mécanique exercé par les brosses à dent. Toutefois il met lui-même en avant la fréquence des érosions chez les ruminants et les chevaux, où il ne saurait être question d'un emploi de la brosse et de dentifrices.

D'après Bastyr, les acides et agents susceptibles de dissoudre le sel calcaire des dents ne peuvent en aucun cas produire des défectuosités cunéiformes parce que ces agents agiraient sur la racine et la couronne em même temps ; — en réalité, il se produirait dans ces conditions plutôt une carie du collet. Ce même auteur signale l'antagonisme existant entre la défectuosité cunéiforme et la carie. La brosse à dent arrête bien la carie et au contraire favorise la défectuosité cunéiforme.

On se trouverait donc en présence d'agents attaquant non les sels calcaires, mais la *substance organique fondamentale de la dent*, la dentoïdine ou le cartilage dentaire. Donc, si beaucoup de défectuosités cunéiformes ressortis-

sent à des influences mécaniques dépendant soit du frottement de la brosse à dent, soit de l'usage d'une poudre plus ou moins acide, soit enfin du frottement des lèvres ou des aliments pendant la mastication, il en est qui reconnaissent comme conditions déterminantes d'autres influences, et ce ne sont ni des acides ni des agents dissolvants de sels calcaires qu'il faut incriminer : on se trouve vraisemblablement en présence de processus physico-chimiques aboutissant à la dissolution ou à la diminution de quantité de la substance fondamentale de la dent, de la dentoïdine.

Cette substance fondamentale venant à diminuer, les sels calcaires se désagrègent de ce fait et tombent mécaniquement. Des troubles de nutrition se passant dans la dent même peuvent diminuer la proportion de dentoïdine ; les influences externes agissent peut-être également. Les actions chimiques intra-buccales ne semblent pas davantage devoir être exclues, bien qu'expérimentalement on n'ait pu réussir à décartilaginiser les dents. Comme conclusion d'ordre thérapeutique à la suite de ces expériences, Bastyr recommande l'emploi d'une brosse à dent plutôt douce, l'abstention de poudres dentifrices, l'exécution de la friction mécanique de la brosse dans le sens vertical seulement. Le nitrate d'argent constitue, d'après lui, un remède souverain contre la sensibilité extrême du début. La gutta, produit également recommandable, a contre elle qu'elle est contraire à l'esthétique de la bouche, etc. Bastyr accorde la préférence à l'amalgame de cuivre en ce qui concerne les molaires ; il emploie l'or ainsi que la porcelaine pour les dents bicuspides et les dents antérieures.

Quant à la théorie de Preisswerk, qui invoque l'action d'enzymes parasitaires, elle est loin d'être démontrée.

En somme les principaux facteurs mis en avant par les divers auteurs que nous venons de passer en revue sont :

1° L'action mécanique sous une forme ou une autre, brosse, poudre, etc. ;

2° L'action chimique d'une salive acide ou hyperacide, surajoutée ou non au facteur précédent ;

3° L'état de nutrition ou mieux de dystrophie de l'organisme arthritique ou autre, cette dystrophie étant la source de la composition salivaire vicieuse au même titre qu'elle l'est pour toutes les autres compositions chimiques des humeurs ; j'y ajouterai, pour ma part, l'influence prépondérante d'un quatrième facteur ; la dystrophie nerveuse de la dent, facteur sur lequel je ne vais pas tarder à revenir.

Pour dire un mot en passant de la salive acide ou hyperacide comme cause d'érosion, j'exprimerai cet avis que ce n'est pas la salive acide seule qui me semble douée du pouvoir de dissoudre l'osséine de la dent, mais toute salive alcaline ou autre, dès l'instant que sa composition est pathologique.

Mais je ne veux pas insister davantage sur ces généralités, car il me reste à vous entretenir d'un cas d'érosion de la face linguale des incisives.

Les particularités que présente ce cas d'érosion vont me fournir l'occasion et me mettre pleinement en mesure d'exposer et de légitimer à la fois la théorie que je vais avoir l'honneur de developper devant vous. Mais tout d'abord permettez-moi de vous présenter le moulage que je tiens en main et que je vais faire passer sous vos yeux.

Cette bouche présente ceci de particulier que toutes les dents sont atteintes par l'érosion, principalement sur la face linguale, ainsi que sur la face triturante des molaires et le bord libre des incisives. L'érosion, comme vous le verrez, se trouve particulièrement prononcée sur certaines d'entre elles. Les molaires ont été tellement atteintes par le processus nocif qu'elles en ont perdu leur forme anatomique, affectant un aspect arrondi.

La face labiale et jugale des dents est moins atteinte ; les dents n'ont nullement changé de teinte, la surface érodée a conservé sa coloration normale blanche.

L'hyperesthésie généralisée ici est une cause de gêne pour le patient, dont la gencive, ainsi que je vous l'ai dit plus haut, a conservé son aspect rose et normal.

On ne saurait expliquer ici l'érosion linguale par le brossage mécanique, puisqu'il ne s'exerce pour ainsi dire pas. Quant au facteur acidité envisagé comme cause explicative des érosions dans le cas présent, il ne saurait jouer un rôle par lui-même : l'acidité dénote simplement une constitution anormale des sécrétions et des humeurs en général, mauvaise constitution ressortissant plutôt à un tempérament morbide, à une diathèse constitutionnelle telle que l'arthritisme. Nous sommes donc amenés à faire jouer un rôle à la mauvaise qualité du tissu dentaire, à celle de l'émail en particulier, et l'on conçoit que ce tissu soit d'autant plus



facilement attaquable en présence d'une salive anormale, acide ou autre, cette salive devant elle-même sa constitution morbide à une constitution morbide du sang et de la lymphe en particulier. Allons encore plus avant dans la question : nous remarquons que les érosions de notre sujet se trouvent inégalement réparties, *ce qui n'arriverait pas si la constitution de la salive entrait seule en jeu comme pouvoir érodant;* car alors, le tissu éminemment désagrégeable de toutes les dents, s'éroderait, alors qu'au contraire nous n'observons sur notre sujet qu'un certain nombre d'érosions.

Dans ces conditions, nous nous trouvons en présence, pensons-nous, de troubles trophiques, d'origine arthritique peut-être, troubles trophiques portant sur des ganglions

périphériques, en rapport avec des filets terminaux dentaires et irrégulièrement répartis, et même pouvant porter sur des ganglions plus rapprochés des centres. Pour mieux faire comprendre l'exposé de notre théorie, rappelons quelques détails relatifs à la structure anatomique de la dent.

M. Amoëdo, qui s'est occupé de celle-ci, s'exprime ainsi dans le traité de Poirier et Charpy : « Dans un travail récent publié dans le *Dental Cosmos*, Hubert déclare avoir rencontré, entre les odontoblastes, des fibres venues des plexus et se terminant par de fines granulations à l'extrémité libre des cellules odontoblastiques ; quelques fibres peuvent pénétrer dans la dentine, mais il n'y aurait pas de communication entre les fibres nerveuses et les fibres de l'ivoire. »

Quoi qu'il en soit, la question du mode de terminaison des nerfs de la pulpe dentaire n'est pas encore élucidée complètement. Tout ce que l'on sait, c'est que les nerfs de la dent, très nombreux, sont fournis par un tronc principal et par trois ou quatre branches plus petites. Ces nerfs, après avoir franchi l'orifice apical, donnent dans la zone intermédiaire, sous la couche odontoblastique, un riche réseau plexiforme d'où partent les prolongements terminaux.

Ce plexus sous-odontoblastique, décrit par les anatomistes dentaires, contient des cellules nombreuses, disposées en amas plus ou moins volumineux, que l'on peut considérer comme des sortes de ganglions minuscules.

Ainsi, les filets nerveux arrivés dans la pulpe s'entremêlent en un réseau, en un plexus, qui contient, épars, des petits ganglions d'où partent des ramuscules nerveux allant s'épanouir dans la dentine. Que certains groupes de cellules nerveuses, ganglionnaires soient le siège d'un désordre de nutrition plus ou moins profond, que ces groupes se trouvent atteints d'un degré de dégénérescence diathésique suffisamment accentuée, il pourra en résulter des troubles nerveux trophiques suffisamment marqués pour que la nutrition de tout le territoire qu'ils commandent en souffre et qu'une érosion en résulte.

Quant à ces ganglions dystrophiés, de la couche sous-odontoblastique précitée, ils peuvent dépendre eux-mêmes soit d'une dystrophie plus centrale, soit d'une viciation locale diathésique, source de leur dystrophie.

En présence d'une même cause de viciation, ils s'affaiblissent inégalement, les uns plus, les autres moins ; et si l'on songe que les tissus innervés par eux sont déjà de mauvaise qualité, on conçoit qu'il puisse se produire une érosion dans toute la zone soumise à leur action ; mais parmi ces ganglions trophiques ou plus spécialement trophiques atteints dans leur vitalité, il s'en trouve naturellement dont le fond intime est originellement assez résistant pour pouvoir reprendre le dessus ; ceux-là résisteront vigoureusement après n'avoir subi qu'une dépression momentanée et de telle sorte que le territoire dentaire régi par eux ne présente pas d'érosion.

On conçoit dans ces conditions que les dents ne soient pas toutes atteintes, ni dans cette atteinte touchées avec la même intensité par le trouble dystrophiant ulcératif; à l'inégale répartition des ganglions dystrophiant répond l'inégale répartition des érosions.

Si je crois devoir insister sur ces troubles trophiques, c'est qu'ils me paraissent exister d'une façon relativement nette ; quant à leur existence même, rien ne me paraît plus logique que de la rattacher à l'existence d'une viciation constitutionnelle de l'organisme telle que l'arthritisme à défaut de tout autre état morbide, discernable chez ce malade. L'arthritisme pourrait donc être dans ce cas le générateur du processus érosif. Ici encore, on le rencontre sous l'aspect prothéiforme qu'il revêt en clinique. Il frappe les organes selon leur plus ou moins grand degré de résistance.

Comme vous allez le voir dans la bouche de notre sujet, les dents absentes de la mâchoire inférieure ont été remplacées par des bridges au nombre de deux, un de chaque côté.

Un problème pratique se posait : comment conserver les incisives devenues gênantes et sensibles ? Voici comment, je crus devoir le résoudre : pensant qu'il était indispensable

de couvrir les faces érodées en évitant cependant de trop nuire à l'esthétique des incisives atteintes, j'ai creusé à la meule une rainure le long de la face labiale ; j'eus soin encore de pratiquer au foret une petite ouverture au bord libre de la dent destinée à recevoir une pointe et à retenir la petite plaquette afin de l'empêcher de glisser tout le long de la face ; aux deux canines, l'usure avait été telle que la pulpe s'est trouvée presque à fleur de la dentine. Perforant la couche de dentine, j'ai fait l'extirpation du nerf, après avoir pratiqué préalablement l'anesthésie des tissus environnant et utilisé avec plein succès le procédé Welin.

Le patient n'a point souffert de cette opération, habituellement si douloureuse. Les deux pivots qui figurent ici, plus grands que les autres, jouent un rôle capital dans le maintien de l'appareil protecteur. J'ai fait, d'après des empreintes, estampées en platine mince, sept plaquettes pour les sept dents à couvrir et, après les avoir ajustées le plus parfaitement possible avec les dents destinées à être à leur contact, j'ai eu soin de prendre l'empreinte au plâtre, les plaquettes en place. Les sept plaquettes sont soudées ensemble et renforcées. J'ai obtenu ainsi un ajustage parfait lorsque j'ai fixé l'appareil au ciment. Chaque saillie venait se loger exactement dans la rainure correspondante ; chaque pivot coaptait parfaitement avec sa gaine. Vous allez d'ailleurs pouvoir vous rendre compte *de visu* des détails que je vous donne. J'espère que ce blindage empêchera toute continuation de l'érosion. Quant au sujet qui en est le porteur, il ne s'en trouve nullement gêné et mastique avec la plus grande facilité.

Nous avons tenu à compléter l'examen médical : les antécédents héréditaires de ce sujet se résument en ceci :

Sa mère eut un cancer du sein, et son père avait 56 ans quand il est né ; il se peut qu'il doive à cette double descendance d'être possesseur de la diathèse arthritique.

Si nous interrogeons notre patient, nous voyons qu'il en possède les symptômes d'une façon flagrante : troubles cutanés, troubles stomacaux, troubles psychiques.

Comme antécédents personnels, il n'a gardé de son enfance

que le souvenir de maladies cutanées ; vers 20 ans et les premiers trimestres qui suivirent, il eut des poussées de furoncles, avec de temps à autre des démangeaisons vives du cuir chevelu. A 30 ans, il commence à perdre ses cheveux. Il n'a eu que de vagues douleurs rhumatoïdes.

Actuellement, M X. présente des régurgitations quelque temps après les repas, en moyenne une heure après ; il vomit alors une partie de son déjeuner ; la façon dont les vomissements surviennent, l'état psychique particulier qui les accompagne permettent d'affirmer ici l'existence d'une hystérie gastrique nettement confirmée.

Notre sujet aime et recherche les excitants, thé, café, chocolat, se plaît à veiller tard. Sa tension artérielle n'offre rien de particulier au premier examen qui en a été fait.

Examiné au point de vue psychique, M. X. déclare lui-même qu'il a une tendance de plus en plus accentuée, à mesure qu'il prend de l'âge, à contracter des manies.

Particularité intéressante, notre patient emploie depuis l'âge de 20 ans l'homéopathie comme moyen exclusif ; il dit avoir fait usage de l'homéopathie avec un succès qui ne s'est jamais démenti, et l'avoir même recommandée à ses amis, qui s'en sont toujours bien trouvés. Comme traitement emprunté à cette thérapeutique peu usitée, il a fait un usage assez régulier de divers globules. De tous les globules qu'il a pris, ce sont les globules de soufre qui lui auraient amené le meilleur résultat.

Quant à ses lésions cutanées, elles consistent en une calvitie accentuée, en troubles trophiques caractéristiques, siégeant au niveau des ongles : ceux-ci sont incurvés, striés longitudinalement, sous forme de cannelures assez accentuées ; le pouce droit montre en outre une striation transversale très nette. Ces troubles cutanés existent souvent chez les arthritiques névropathes, et peut-être dans les formes plus particulièrement psychiques. Ils dénotent l'existence de troubles trophiques, qui cadrent pleinement avec la théorie trophique de l'érosion dentaire.

Conclusion.

Le problème de l'érosion est examiné sous toutes ses faces, et nous pensons en fournir une explication logique dans ce travail. On se trouverait en présence d'agents attaquant non les sels calcaires, mais la substance organique fondamentale de la dent, la dentoïdine ou le cartilage dentaire. Cette substance fondamentale venant à diminuer, les sels calcaires se désagrègent de ce fait et tombent mécaniquement.

Mais la cause de la disparition même de cette substance fondamentale a fait l'objet de maintes explications d'ordre pathogénique examinées par l'auteur, qui a montré leur insuffisance et est arrivé ainsi à faire jouer un rôle prépondérant à un quatrième facteur : la dystrophie nerveuse de la dent. Les principaux ganglions dystrophiés semblent appartenir à la couche sous-odontoblastique, leur dystrophie locale pouvant dépendre elle-même, soit d'une dystrophie plus centrale, soit d'une viciation locale diathésique, source elle-même de leur dystrophie.

En présence d'une même cause de viciation, ils s'affaiblissent inégalement, les uns plus, les autres moins, d'après leur capacité héréditaire native à résister victorieusement ou non : telle est la cause finale de l'inégale répartition des érosions, produite d'autant plus facilement que les tissus de la dent innervés par ces ganglions eux-mêmes sont de plus mauvaise qualité.

Dans le cas étendu et spécial qui fait l'objet de cette communication, l'auteur pour combattre l'érosion a fait construire un appareil protecteur métallique destiné à recouvrir les parties érodées.

FAITS CLINIQUES

COMPLICATION DANS L'ÉVOLUTION TARDIVE D'UNE DENT PERMANENTE

Par Léon Cerf, de Tirlemont (Belgique).

M. F. St..., 38 ans, vient me consulter le 6 janvier dernier.

Il souffre, depuis quatre semaines environ, d'une plaie avec forte tuméfaction, siégeant au plancher de la bouche, accident pour lequel il a déjà consulté son médecin.

Il s'agit d'une tuméfaction assez forte, derrière les incisives inférieures, immédiatement sous la langue, près du frein lingual. Cette tumeur ouverte en deux endroits, près du centre, laisse échapper un pus jaune clair, en quantité notable. La face inférieure de la langue, près du frein, présente elle-même, une plaie peu profonde, mais de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Le malade me déclare qu'il souffre atrocement. Il ne peut manger, et éprouve même une difficulté très grande pour parler. Il est fort découragé, étant certain, me déclare-t-il, qu'on lui cache la vérité et qu'il est atteint d'une affection cancéreuse.

J'examine la bouche. Toutes les dents sont saines. Mais ce qui me frappe, c'est la singulière asymétrie de la bouche.

En effet, bien que l'on ne remarque aucun vide entre les dents existantes, il n'y a, à la mâchoire supérieure, qu'une incisive centrale, sur la ligne médiane, puis les deux latérales, auxquelles succèdent immédiatement les prémolaires, par suite de l'absence totale des canines, puis les molaires. Je questionne mon patient, qui me déclare n'avoir jamais souffert des dents ; c'est la première fois qu'il consulte un dentiste, sauf dans son jeune âge, où on a dû lui extraire plusieurs dents poussant hors de l'arcade et qui soulevaient la lèvre supérieure. On ne m'en a jamais extrait en bas, me dit-il. En examinant la mâchoire inférieure, je remarque que pourtant, du côté gauche, il lui manque une prémolaire.

Je soupçonnai immédiatement la dent manquante d'être la cause de tout le mal. Après avoir fait une injection de cocaïne-adrénaline, je débridai largement au moyen d'une lancette tout autour de la plaie, et je remarquai alors, couchée en travers et comme sertie dans l'os, la couronne d'une petite molaire. Au moyen d'une sonde mousse, je pus déterminer nettement la position de la dent dont la racine était

placée perpendiculairement aux racines de la prémolaire et de la canine. L'extraction fut laborieuse. Je dus faire asseoir le malade sur un coussin à terre, et me servir, pour pénétrer assez loin, du davier en forme de baïonnette que l'on emploie pour les racines du haut. J'eus pourtant la chance d'avoir la dent tout entière, et elle était parfaitement formée, ayant tout son développement normal.

Les dents voisines furent assez ébranlées, par suite de l'extraction et je dus, avec un fil de platine, entourer le collet de la latérale, de la canine et de la prémolaire gauche, et fixer ce fil aux dents restées intactes. Je prescrivis au patient de faire des lavages à l'eau oxygénée plusieurs fois par jour.

Le lendemain, j'eus le plaisir de voir mon malade revenir chez moi tout joyeux, n'ayant presque plus souffert. Il y avait encore de la suppuration, mais la tuméfaction et l'inflammation étaient notablement diminuées.

Après quinze jours, le malade m'est revenu, parfaitement guéri. Dans la bouche, tout était parfaitement cicatrisé. Les dents voisines s'étaient consolidées, et je pus enlever les ligatures.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

DE L'EMPLOI DE L'AZOTATE D'ARGENT EN THÉRAPEUTIQUE BUCCALE

Par O. Amoedo.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 février 1908.)

Après une vingtaine d'années d'expérience journalière, je suis arrivé à considérer l'azotate d'argent comme le médicament le plus utile de tous ceux que nous possédons.

En effet, c'est le seul capable d'éviter et d'arrêter le développement des caries dentaires ; le seul capable, en somme, d'être employé comme agent de prophylaxie, qui est l'idéal rêvé de notre mission.

Je fais un usage très varié du nitrate d'argent ; je l'emploie en solution à 10 o/o dans l'eau.

Lorsque cela est nécessaire, je neutralise son action en appliquant une solution de chlorure de sodium. Ceci transforme l'azotate en chlorure d'argent, lequel est insoluble. Pour décolorer les taches sur l'épiderme ou sur les vêtements, j'emploie l'iodure de potassium.

Il est nécessaire de conserver les solutions d'argent dans des flacons de couleur, afin d'empêcher l'action de la lumière.

Emploi chez les enfants. — Dès l'âge de 4 à 5 ans, on peut employer l'azotate d'argent pour éviter les caries des dents de lait. Il suffit d'enrouler une petite boulette de coton, au bout d'un cure-dents en bois, et sans qu'il soit nécessaire d'isoler les dents, ni de les sécher, on trempe le coton dans la solution et l'on badigeonne toutes les surfaces des dents. On peut répéter cette application, deux ou trois fois dans l'intervalle de quelques jours, puis réitérer ce traitement six mois plus tard ; ou à des intervalles plus rapprochés, si l'enfant ne se nettoie pas les dents le soir avant de se coucher.

Lorsqu'il y a de la carie, on élargit les bords, surtout dans les caries interstitielles, et l'on sature bien la dentine cariée. Cette dentine devient dure, noire, et la carie s'arrête.

Emploi chez l'adulte. — Invariablement, comme désinfectant, à tout patient qui m'arrive pour la première fois, je fais un badigeonnage d'azotate d'argent contre les collets des dents. Je porte une boulette de coton de la grosseur d'un petit pois, avec la presselle n° 18 de White, qui est très fine. Je fais entrer la boulette de coton dans toutes les caries, sur les racines, contre les dents de sagesse, et lors-

que les dents sont un peu déchaussées, je pousse la boulette entre elles, en la faisant passer du côté buccal au côté lingual. De la sorte, et en quelques minutes, toute cette couche d'enduit mou, blanchâtre, qui recouvre les dents, a disparu, et la bouche est aseptique. La mauvaise odeur de l'haleine s'évanouit comme par enchantement. La bouche restera dans cet état de propreté, si l'individu a le soin de se bien brosser les dents le soir. On peut renouveler cette application, pendant deux ou trois séances de suite. On évite le goût amer, en faisant rincer la bouche avec de l'eau salée.

L'azotate d'argent, en détruisant la trame de substance organique du tartre, le rend mou et facilite considérablement son détachement des dents. En outre, en faisant disparaître l'inflammation de la gencive, le tartre qui se trouvait caché par elle, devient apparent et facile à enlever.

Dans les cas de pyorrhée, l'azotate d'argent doit être le premier agent à employer pour la désinfection permanente des collets.

Dans les cas de gingivite phagedénique, c'est le médicament de choix, car il ne provoquera pas un tissu sclérosé, comme le fait l'acide chromique, et la gencive peut très bien reprendre son niveau normal dans l'espace inter-dentaire.

La partie de la gencive sphacélée, disparaît d'un jour à l'autre, surtout si le malade emploie ensuite des gargarismes d'eau oxygénée.

Dans les cas de fièvres graves, de pneumonie, d'entérite, d'appendicite, etc., une des premières indications thérapeutiques doit être la désinfection de la bouche au nitrate d'argent. L'haleine fétide qu'ont généralement les malades disparaîtra tout de suite et les dents seront protégées contre les caries dentaires, pendant le cours de la maladie.

On ne doit jamais entreprendre le traitement dentaire d'un individu ayant des plaques syphilitiques sur la muqueuse de la langue, des joues, ou du pharynx, sans les toucher au préalable avec la solution d'azotate d'argent.

Cette intervention aura un double but : curatif et prophylactique, car l'azotate d'argent est justement le traitement spécifique des plaques muqueuses ; et prophylactique, parce qu'on évitera non seulement une contagion possible d'un malade à un autre, mais aussi du malade à l'opérateur.

Son emploi dans les caries dentaires. — Les caries du premier degré sont arrêtées par l'emploi de l'azotate d'argent ; en particulier les caries du collet des canines. Sur les dents déchaussées, où la couche de cément est un peu décalcifiée, ces tissus deviennent noirâtres ; mais ils ne se carient pas. La sensibilité au froid disparaît.

Dans les caries du deuxième degré, on peut appliquer la solution et neutraliser ensuite à l'eau salée, afin d'éviter une trop grande irritation de la pulpe.

On peut fermer la dent temporairement à la gutta et à la séance suivante, qui peut être éloignée de quelques mois, on trouvera le fond de la cavité très durci et moins sensible.

Il va sans dire que je fais allusion à des caries survenues dans des endroits non visibles ; dans les molaires surtout.

La dentine des dents mortes devient plus dure et imperméable à la carie.

Ces propriétés sont précieuses pour être utilisées, surtout sur des dents mortes, qui devront être couronnées.

Les dents vivantes meulées pour recevoir des couronnes seront aussi utilement touchées par ce médicament.

En résumé, l'azotate d'argent est le meilleur agent pour la prophylaxie de la carie dentaire et pour la désinfection de la bouche.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

MODIFICATION APPORTÉE AU MASQUE DÉCOLLAND

Par M. Décolland.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 février 1908.)

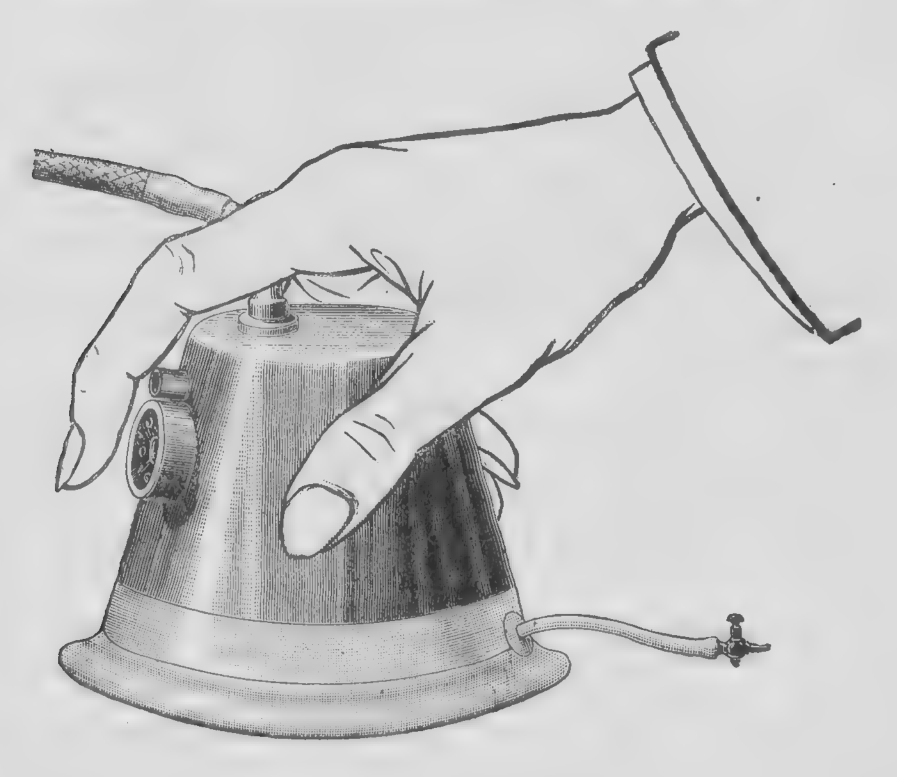
Le perfectionnement que j'ai apporté à mon appareil réside dans le masque... Tout en permettant de respecter la théorie du champ clos qui veut que le chlorure d'éthyle soit donné à l'abri de l'air et à petites doses, ce perfectionnement augmente la sécurité de nos anesthésies. Il est un fait clinique observé fréquemment : c'est le teint plombé du malade que l'on rencontre au cours d'une de ces anesthésies et les vomissements post-opératoires. Il semble que l'on doive attribuer cette manifestation à un phénomène d'auto-intoxication par l'acide carbonique éliminé et inspiré à nouveau par ce fait que l'opérateur attend les signes de l'anesthésie confirmée (période rythmique de la respiration). Ce signe arrive, en général, tardivement et l'opérateur perd de son assurance dans la crainte de voir son malade aussi longtemps privé d'air.

Le masque modifié possède une soupape d'expiration à laquelle est adossée une prise d'air. L'opérateur, ayant le masque en position dans la main, paralyse avec l'index les deux ouvertures supérieures (soupape et admission d'air) pour le début de son anesthésie et, au moment où il le juge nécessaire, il commence par rendre libre la soupape d'expiration et ensuite le tube d'admission d'air.

Ce perfectionnement, qui a donné des résultats cliniques très édifiants, a été expérimenté dans le service d'anesthésie de M. Pinet, qui a fait, à ce sujet, une communication très intéressante.

M. Pinet démontre une fois de plus qu'il faut donner

à l'anesthésiste un appareil qui soit construit de façon à combiner les exigences des théories physiologiques avec celles de la pratique clinique. En effet, dans cette pratique journalière, on se trouve en présence de malades qui réagissent de façons fort différentes au chlorure d'éthyle; cette question de terrain présente une importance telle qu'elle permet de dire avec M. Pinet : « *Ceux qui donnent de l'air ont tort; ceux qui ne donnent pas d'air ont tort.* » En



outre, il rassurera ceux que ce mode d'anesthésie effraie et qu'ils appellent méthode asphyxique. Il donnera plus d'assurance à l'opérateur, qui pourra, sans crainte, maintenir son masque pour être assuré d'une anesthésie certaine.

Cet appareil adopté par l'armée est d'un grand secours et donne les meilleurs résultats pour la méthode mixte.

Avec un masque privé de soupape, il serait dangereux de pratiquer cette méthode, qui nécessite, la plupart du temps,

le bris de plusieurs ampoules avant de passer rapidement de cette première anesthésie à l'absorption du chloroforme — soit à la compresse — soit à l'aide d'un appareil. En effet, on doit offrir au chloroforme un terrain qui n'ait subi aucune altération par l'acide carbonique éliminé, résultat que l'on n'obtient qu'avec un appareil muni d'une soupape de sûreté.

Au laryngologiste, il permettra de même d'obtenir graduellement l'anesthésie qui lui est nécessaire, en particulier sur ses jeunes sujets pour lesquels il ne réclame qu'une très courte anesthésie à seule fin d'éviter que le sang ne s'écoule dans la trachée et de faire que le malade puisse l'expulser avec les débris qui auraient pu lui échapper au cours de son intervention toujours rapide.

D'ailleurs, mon appareil reste susceptible de perfectionnements que je me propose d'y apporter au fur et à mesure que le chlorure d'éthyle sera mieux connu comme anesthésique général.

Il reste quand même l'appareil que j'ai présenté il y a deux ans, appareil pouvant pratiquer toutes les méthodes « avec ou sans air ».

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Remplacement des faces de porcelaine. — En réparant une face sur un bridge ou une couronne, le succès de l'opération dépend grandement de l'adaptation de la nouvelle face au vieil arrière, cela dépend du forage des trous à l'endroit voulu et du moulage de la face pour s'y adapter. Cela peut se faire très aisément en prenant une boulette de coton, saturée d'alcool, puis en la frottant sur un tampon à encre bleue ou noire comme ceux dont on se sert pour les timbres humides. Faire un revêtement sur l'arrière et presser la face de porcelaine en position. L'encre marquera la place où il est nécessaire de meuler. Laver complètement après que la face est adaptée et mettre dans un ciment à prise lente. Les crampons peuvent être fixés par le système Briant ou par des rivets. (*Dent. Rev.*)

Vernissage des inlays. — Le vernissage des inlays après la pose, dans le but d'empêcher l'humidité du ciment, a été reconnu fâcheux par presque tous les praticiens. Les ciments employés aujourd'hui pour a pose des inlays sont des ciments hydrauliques. On a un meilleur succès avec ceux-là, car après une cristallisation convenable, l'humidité se répand dessus. (*Dent. Rev.*)

Moyen de préserver de la rouille les aiguilles hypodermiques. — Sécher l'aiguille avec des jets d'air chaud au moyen de la poire. Jeter les petits fils métalliques et l'aiguille durera très longtemps. (*Dent. Rev.*)

Ramollissement des calculs. — Avant d'enlever des calculs salivaires, y appliquer de la teinture d'iode plusieurs fois pour les désagréger et en faciliter l'enlèvement. (*Dent. Rev.*)

Protection des surfaces de porcelaine pendant la soudure. — Si l'on enduit de vernis à la sandaraque les surfaces de porcelaine dans le bridge avant la mise en plâtre, et si l'on chauffe complètement avant de commencer la soudure, il n'y aura point de craquelure ni de cassure de la porcelaine. (*Dent. Rev.*)

Emploi de la digue. — On doit employer la digue presque dans toutes les circonstances. Sans elle on ne peut exclure la salive et les organes qu'elle contient, les débris de carie et de dents, les médicaments et les matières obturatrices tombent dans la bouche, ce qui ennuie et dégoûte le patient. (*Dent. Rev.*)

Oxyphosphate de cuivre. — L'oxyphosphate de cuivre est une excellente matière obturatrice pour les premières molaires. On l'introduit aisément en séchant simplement les cavités et en les obturant sans aucun instrument; pour sécher on emploie de l'alcool et du chloroforme, afin de dissoudre les matières grasses. L'oxyphosphate de cuivre peut être introduit dans les canaux des dents. (*Dent. Rev.*)

Obturation des dents postérieures. — Ceux qui affirment que la porcelaine doit être employée dans les cavités de toute forme sont dans l'erreur. Les faces occlusales des bicuspides et des molaires présentent une série de plans inclinés et nous avons des bords faibles pour nos matières obturatrices. Quand on obture ces cavités avec de l'amalgame, l'obturation se brise souvent. La porcelaine étant plus faible que l'amalgame ne peut pas résister davantage. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 février 1908.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le mardi 4 février, à 9 heures, sous la présidence de M. Touchard, président.

Conformément à une décision prise antérieurement, on procède à la nomination de deux délégués à un comité constitué en vue de l'érection d'un monument à Horace Vells. MM. Touchard et Sauvez sont désignés pour en faire partie.

I. — Emploi des forces intermaxillaires en orthodontie pour la correction du prognathisme, par M. Henri Villain.

M. Henri Villain donne lecture de sa communication, qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 février 1908, p. 97.

Discussion.

M. Godon. — J'ai déjà, au mois d'août dernier, à Reims, à propos de ma communication sur « les irrégularités dentaires au point de vue de la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire », appelé l'attention de nos confrères sur cet excellent procédé, cette force extrêmement ingénieuse pour le redressement des dents qu'on appelle l'ancrage de Baker. Il est évident, comme vous venez de le voir, qu'on obtient facilement et rapidement, sans gêne pour le malade, des résultats merveilleux. J'ai présenté à Reims un cas, mais qui n'était pas arrivé à fin de traitement. M. Francis Jean en a également présenté de son côté. Mais je crois que c'est la première fois qu'on présente un cas, à la Société d'Odontologie, qui soit aussi précis, aussi clair et qui présente de tels résultats obtenus dans un temps aussi court que celui que vient de nous présenter M. Henri Villain.

Je suis très aise que cette communication soit faite devant notre Société parce que voilà plusieurs années qu'on s'occupe de ce procédé dans les Sociétés dentaires des Etats-Unis. L'année dernière, dans le *Dental Cosmos,* il y a même eu de longues et vives polémiques au sujet de la priorité de l'emploi de cette force intermaxillaire.

Nos confrères américains Baker, Angle, Case se sont disputé

l'honneur d'avoir introduit dans la pratique de l'orthodontie ce nouveau procédé.

M. Henri Villain vous a décrit ce procédé tout à l'heure et vous avez vu par la description qu'il en a faite les avantages qu'il y avait à retirer de l'emploi de cet appareil si simple.

Je vous résume les différents articles qui ont paru dans le courant de l'année dernière et qui sont relatifs à cette question de priorité, je vais vous citer quelques dates pour vous montrer que tout en nous en nous occupant au mois d'août à Reims sur ma proposition et maintenant à la Société d'Odontologie de Paris, sur l'initiative de M. Villain, nous ne nous occupons de cette question et nous faisons profiter nos patients français que bien tardivement d'une découverte extrêmement intéressante, extrêmement utile.

M. Dewey dit qu'elle est née avec la nouvelle école d'orthodontie, que le mérite en revient donc à Angle et que Baker employa seulement une modification du principe d'Angle et non pas à Case qui ne l'employa que comme auxiliaire suivant une communication faite à ce sujet en 1893.

Mais Case prétend l'avoir employée pour la première fois en 1891 sur un cas présenté par lui le 2 février 1893 à la Société dentaire de Chicago et au II[e] Congrès dentaire international du 17 août 1893 et que tout avait été réglé sur cette question dans ses traits principaux en 1892.

D'autres l'employèrent à cette époque comme Matteson à l'Université du Nord-Ouest où il était professeur d'orthodontie.

Tandis qu'Angle n'a publié pour la première fois quelque chose à ce sujet que le 22 octobre 1900 dans la 1[re] édition de son Manuel ayant pour titre « Malocclusion des dents et fractures des maxillaires ».

Quant à Baker il n'a rien fait ni publié concernant la force intermaxillaire avant 1903 à la réunion de l'American Dental Science de Boston, et dans la communication qu'il fit à cette Société à cette époque, *il ne prétendit pas présenter quelque chose de nouveau.* Ceci est publié dans l'*International Dental Journal* d'avril 1894.

Il n'y a donc rien de Baker sur la force intermaxillaire avant sa communication faite 10 ans après en 1903 à la réunion de la Société de Stomatologie de New-York City du 6 janvier, publié dans l'*International Dental Journal* de mai 1904.

Il résulte de cette polémique que Case, Baker et Angle me paraissent avoir les uns et les autres des droits de priorité sur l'emploi de ce procédé et qu'il est plus exact de l'appeler simplement force intermaxillaire plutôt que de l'appeler ancrage de Baker. Du reste Baker ne prétend pas en réclamer la priorité. Donc, sur ce point, je dirai à notre ami Henri Villain de nous conformer à l'usage qui semble prévaloir maintenant à la suite des polémiques que je viens de vous résumer.

Je voulais ajouter cette petite note historique à la communication qui vous a été faite parce que je crois que ce procédé extrêmement utile, extrêmement ingénieux entrera maintenant d'une manière régulière et constante dans la pratique de l'orthodontie pour le traitement des cas de prognathisme.

M. de Névrezé. — Le cas de M. Villain est extrêmement intéressant et, si j'en juge d'après les modèles et la photographie que j'ai vus, nous nous trouvons en présence d'un cas de prognathisme du maxillaire inférieur avec maxillaire supérieur normal. C'est, je crois, la seule façon précise d'exprimer la difformité dento-faciale en question. Il y a un point qui n'a pas assez été mis en lumière par M. Villain, c'est le fait qu'il a immobilisé dans le maxillaire normal un nombre de dents bien supérieur à celui qu'il a immobilisées dans le maxillaire pathologique et c'est précisément la grande différence que M. Case a établie, c'est-à-dire qu'il immobilise toujours le maximum de dents dans le maxillaire normal, avec un minimum dans le maxillaire pathologique à modifier. La différence doit être assez sensible. Vous ne voyez pas, dans l'ouvrage d'Angle, cette différence des forces d'ancrage qui d'un côté forment la réaction par rapport à l'ancrage dans le maxillaire pathologique qui forme l'action. Il faut toujours dans l'ancrage avoir deux forces, l'une immobilisant les dents du maxillaire normal, l'autre immobilisant les dents du maxillaire pathologique qui sont en mal relations. Une discussion s'est ouverte très fréquemment au sujet de cette question, à savoir qu'il existe très peu de cas, pour ainsi dire pas, dans lesquels on ait besoin d'une force égale et réciproque de chaque côté, et dans les cas où elle est nécessaire il est toujours utile de mobiliser dans un sens l'un des maxillaires avant de mobiliser l'autre.

Dans le cas de M. H. Villain nous nous trouvons en présence d'un maxillaire normal et d'un maxillaire pathologique. Nous avons sur tout le maxillaire supérieur normal, non seulement les deux bandes qui se trouvent sur les dents de 12 et de 6 ans, mais des attaches qui se font au moyen de fils métalliques fixés à chaque dent et qui immobilisent ainsi tout le maxillaire normal. Il ne peut donc pas bouger. Le maxillaire pathologique verra au contraire chacune de ses dents se mobiliser en arrière parce que l'action ne portera que sur une seule dent à la fois.

C'est sur ce détail que je voulais insister surtout et dont l'application rigoureuse a voulu à M. H. Villain ce beau résultat.

M. Georges Villain. — Je suis heureux de pouvoir prouver aujourd'hui, par ce cas que, contrairement à ce que prétendent nombre d'orthodontistes, les appareils à plaques ne sont pas les meilleurs à employer contre les anomalies des maxillaires. J'ai dit ailleurs que

les appareils à plaques étaient des reliques de l'orthodontie et que nous devions surtout employer des appareils à arcs et postes fixes.

On m'a dit que les appareils fixes pouvaient s'employer pour la correction des anomalies portant sur les dents individuellement, mais que pour la correction des arcades ou des anomalies des maxillaires les appareils à plaques étaient mieux indiqués. Il est indéniable que le cas présenté ce soir contredit ces assertions et donne entièrement raison à la nouvelle école.

Je me demande comment on aurait pu obtenir la réduction de ce prognathisme prononcé, sans extraction, ne l'oublions pas, avec des appareils à plaques, si ce n'est à l'aide du plan incliné que nous condamnons d'une façon absolue.

M. H. Villain n'a pas insisté beaucoup sur le rehaussement de l'articulation en général ; l'ancienne école le préconise toujours. Certains auteurs, M. Martinier entre autres, disent que le rehaussement de l'articulation est une indication dans la majorité des cas et qu'elle devient absolue pour la correction du prognathisme du maxillaire inférieur. Je disais au Congrès de Reims que le rehaussement de l'articulation était pour ainsi dire toujours inutile, le plus souvent nuisible ; en tout cas, pour la correction du prognathisme du maxillaire inférieur, il est tout à fait contre-indiqué de surélever l'articulation ; la preuve vous en est donnée aujourd'hui.

M. de Névrezé vient de nous parler de l'ancrage, c'est-à-dire la façon de fixer l'appareil sur l'arcade normale, pour contrebalancer les forces devant servir à corriger l'arcade pathologique. M. de Névrezé semblait dire que seul C. Case indique cet ancrage tandis que les autres orthodontistes ne parlent pas de cette façon de ligaturer les dents. Je puis affirmer le contraire. Angle notamment l'étudie et l'explique dans ses premières éditions au chapitre qu'il consacre à l'ancrage des dents. Dans sa dernière édition, toute récente, il en parle également dans le chapitre traitant des forces intermaxillaires et de l'ancrage de Baker. De plus il indique dans tous les appareils où il préconise ces forces, comment et où vous devez prendre ces points d'appui.

Du moment que vous voulez agir sur un maxillaire pathologique, et que, pour cela vous prenez l'arcade antagoniste normale, comme point d'appui, il est évident que vous devez vous servir du maximum de dents comme ancrage, c'est-à-dire comme force opposante ou résistante sur ce maxillaire que vous ne devez pas déplacer, cela est simplement logique et ne nécessitait pas une explication approfondie de la part de M. H. Villain, puisqu'il s'adresse ici à des dentistes.

M. Francis Jean. — Il est bien probable que tous ceux qui se sont

occupés d'orthodontie d'une façon particulière, ont mis à l'épreuve ces méthodes d'appareils à poste fixe. Eh bien ! il est certain, que ceux qui discréditent trop ces procédés ne les ont pas étudiés comme ils l'auraient dû faire, avec toute la minutie que comporte leur application. Au Congrès de Reims nous avons, avec M. Godon, présenté, chacun de notre côté, différents cas, mais le temps ne nous a pas permis d'étendre les discussions sur ces sujets, discussions qui auraient été très intéressantes. Il est évident que ces appareils à poste fixe sont d'une puissance extraordinaire.

Quand on parle de l'inutilité de surélever l'articulation, je dirai que c'est vrai parce que j'en ai eu la preuve pour la réduction de prognathismes avec les appareils à plaques — pour lesquels je fais des réserves, car je ne veux pas les enterrer encore, étant donné qu'ils nous ont rendu des services et nous en rendront encore.

Les appareils à plaques nous rendront, dis-je, des services, peut-être plus limités ; lorsque je dois, par exemple, réduire un prognathisme des deux maxillaires à la fois, quand il y a atrésie très marquée, je suis absolument certain d'aller plus vite pour faire l'extension avec l'appareil à plaques qu'avec l'appareil fixe. J'en suis absolument sûr. L'extension de ces maxillaires dans bien des cas se fait parfaitement avec les appareils extenseurs sans surélévation de l'articulation ; et, cette méthode aussi puissante qu'originale qu'est celle de Baker mérite d'être étudiée et très employée, car elle est surprenante, je vous l'affirme. J'ai, pour ma part, une collection de cas que je me réserve de vous présenter à une séance ultérieure. Je vous apporterai ces résultats qui sont tout à fait encourageants. Aussi je ne saurais trop dire à nos jeunes confrères de marcher de l'avant dans cette voie. Je félicite en tout cas M. H. Villain de sa communication. Je lui poserai ensuite quelques questions. L'âge du patient ?

M. Henri Villain. — 14 ans. Il est grand et fort.

M. Francis Jean. — En quoi faites-vous les arcs ?

M. Henri Villain. — En maillechort.

M. Roy. — C'est du maillechort tiré à froid.

M. Francis Jean. — Lorsque vous avez des bagues à fixer sur les molaires, séparez-vous celles-ci, sans scrupule, à la lime ?

M. Henri Villain. — Jamais je ne sépare à la lime.

M. Georges Villain. — M. Francis Jean disait tout à l'heure qu'on obtiendrait peut-être plus rapidement la correction de l'atrésie dans un cas de prognathisme d'un maxillaire par l'emploi des appareils à plaques plutôt que par celui des appareils à poste fixe. Je ne sais pas si cela est toujours exact : j'estime que cela dépend du sujet, de l'âge, l'état général, la résistance des alvéoles, etc. ; mais il est évident que du moment que vous placez un appareil à poste fixe pour corriger une

anomalie, il est aussi simple de corriger en même temps, et avec le même appareil, l'atrésie qui accompagne cette anomalie. Seuls, je l'ai dit à Reims et je le répète, les appareils à arcs sont capables de corriger simultanément toutes les anomalies des dents et des maxillaires, je ne vois donc pas la nécessité de compliquer le traitement par le port d'un appareil à plaques destiné à corriger l'atrésie pour terminer le redressement par un appareil à arc !

M. Francis Jean. — C'est moins mathématique avec les appareils à arcs.

M. Georges Villain. — Au contraire ! l'arc métallique pouvant être conformé exactement à la courbure normale que devra former l'arcade après correction, et que les méthodes de Pont et Howley combinées nous permettent d'obtenir mathématiquement. Les appareils à plaques sont loin de cette précision, ils agissent tantôt à droite, tantôt à gauche sans que vous puissiez y remédier, puisque vous prenez point d'appui sur chaque moitié de l'arcade pour corriger l'autre moitié, or la résistance n'est pas égale une dent coincée sur un côté de l'arcade rendant celle-ci beaucoup plus résistante à l'effort.

M. Francis Jean. — J'ai fait une critique contre la septicité des appareils à poste fixe. Je n'avais pas eu d'accident jusqu'à présent, mais il peut en survenir : il y a trois jours, par exemple, j'ai vu une enfant que je traite précisément pour un prognathisme du maxillaire supérieur, avec arc disposé sur l'arcade inférieure. Or cette enfant qui n'est pas très soigneuse de sa bouche, je dois le dire, est venue me trouver avec une lèvre épouvantable. Elle a fait de l'auto-infection d'une façon notable. Elle avait la lèvre enflée épaissie de 3 centimètres. Or voilà un cas, c'est le premier, c'est le seul, je m'empresse de vous le dire, que j'ai observé et encore s'agit-il d'un sujet qui n'était pas très soigneux de sa bouche.

M. Frey. — Je demanderai à M. H. Villain comment il explique l'action de cette force. Agit-elle par rétrogradation des dents ou par une sorte de rétropulsion de la mâchoire dans son ensemble ?

M. Henri Villain. — En réponse à M. de Névrezé : j'ai fait ressortir que j'avais ancré l'appareil au maxillaire supérieur sur douze dents ; au niveau des dents de six ans avec les bagues réunies par l'arc, et au niveau des prémolaires, canines et incisives par des fils de cuivre contournant ces dents et s'attachant à l'arc.

Je n'ai certes pas laissé agir mes forces au début sur le maxillaire inférieur en totalité, car j'aurais eu alors douze dents en haut pour contrebalancer l'effort fait sur quatorze dents en bas. J'ai au contraire commencé en opposant les douze dents du maxillaire supérieur à deux dents du maxillaire inférieur, et cela en serrant l'écrou antérieur de l'arc situé au niveau des bagues scellées sur les dents de douze ans du maxillaire inférieur. M. de Névrezé a cité Case qui au

lieu d'employer des fils de cuivre, emploie toujours des bagues soudées entre elles, j'ai vu quelques-uns de ses cas à Chicago, et je dois dire que ces bagues forment à mon avis, une grande complication. J'arrive très facilement au résultat désiré par le moyen que je vous ai soumis, c'est-à-dire des fils de cuivre au lieu et place de bagues comme Case ; ces fils ne glissent pas, ne gênent nullement pour le nettoyage, je puis les retirer facilement et ils présentent sur les bagues, le grand avantage de permettre tous les mouvements des dents tant au point de vue physiologique, puisqu'ils ne fixent pas les dents entre elles, qu'au point de vue orthodontie, ces fils permettant la correction des anomalies qui peuvent se présenter sur ces dents, sans diminuer la force d'ancrage que l'on attend d'elles.

On me demandait tout à l'heure à quels points du maxillaire inférieur je m'étais ancré pour agir. Les bagues étant placées primitivement sur les dents de douze ans, la pression eut d'abord lieu sur ces dents, je reportais ensuite la force sur les dents de six ans et progressivement jusqu'aux incisives.

M. Frey me demandait si je croyais que l'on agissait sur le maxillaire dans sa totalité ou au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Si l'on faisait ce redressement sur un enfant excessivement jeune, on agirait peut-être sur le maxillaire seul, mais à cet âge, je ne saurais le dire. Peut-être y agit-on, il est difficile de l'assurer, il faudrait disséquer le malade avant et après pour le contrôler !

M. X... — Mais avec la radiographie ?

M. Henri Villain. — La radiographie des dents peut s'obtenir, celle des maxillaires est très difficile, de toute façon il est presque impossible d'avoir un cliché suffisamment net pour nous permettre de juger, il faudrait dans ce cas une précision absolue.

Ce que l'on peut supposer, c'est qu'une petite déformation de l'os se produit au niveau du col du condyle, l'os s'étant replié en arrière. La cavité glénoïde peut également subir une modification permettant au condyle de reculer. Il y a probablement modification osseuse, cette question est depuis longtemps l'objet de controverse.

M. Sauvez. — La communication que vient de faire M. Henri Villain est très intéressante et il a obtenu, en fort peu de temps, un résultat que j'ai suivi pas à pas et qui est parfait.

Je joins donc mes félicitations aux vôtres, mais je vous demande d'attirer un instant votre attention sur quelques-uns des différents problèmes que soulève son travail au sujet des déformations que nous arrivons à obtenir dans les maxillaires, ou peut-être du côté de l'articulation temporo-maxillaire.

Nous nous trouvons en présence d'un cas dans lequel le maxillaire inférieur *semble* avoir reculé et, si nous essayons de chercher ce qui a pu se produire, nous nous trouvons en présence de trois hypothèses

au sujet du déplacement seul du maxillaire inférieur, en supposant que le maxillaire supérieur n'ait pas bougé.

L'une des hypothèses serait que le maxillaire inférieur, ayant transmis à la cavité glénoïde la poussée en arrière reçue par l'effort appliqué sur les dents, la dite cavité glénoïde se serait déplacée dans sa totalité en arrière, sous l'influence de cette pression, si bien que dans ce cas le maxillaire inférieur semblerait s'être déplacé, alors que ce déplacement ne serait que virtuel et qu'il serait dû à un déplacement réel de la cavité glénoïde. Il en résulterait que le redressement se serait trouvé presque fait, par suite du recul de la cavité glénoïde, qui aurait permis au maxillaire inférieur d'articuler dans une nouvelle position située notablement en arrière de la première. Nous verrons tout à l'heure ce que nous pensons de cette conception.

La deuxième hypothèse serait que, sous l'influence de la dite pression, le col du condyle se serait courbé, sans que la cavité glénoïde eût bougé, comme si le col du condyle était en plomb et qu'on eût appuyé fortement sur le menton, d'avant en arrière. Dans ce cas, le corps du maxillaire, et par conséquent les bords alvéolaires et les dents se seraient trouvés dans les mouvements d'occlusion, reportés en arrière en totalité, par suite de cette courbure du col du condyle.

La troisième conception, enfin, en admettant naturellement que le maxillaire supérieur, lui, soit resté immobile, que l'articulation temporo-maxillaire ne se soit pas déplacée, que le col du condyle n'ait pas non plus changé de forme, serait que tout le déplacement se serait effectué dans la portion *alvéolaire* du maxillaire inférieur. Sous l'influence de la pression, la deuxième grosse molaire inférieure aurait reculé en amenant la résorption du tissu alvéolaire dans la région osseuse postérieure à elle, en refoulant même, au besoin, la loge de la dent de sagesse ; puis la première grosse molaire inférieure aurait également reculé, pour prendre en partie la place de la deuxième, et ainsi de suite, de sorte que l'engrènement des dents antagonistes aurait été ainsi modifié.

Examinons ces trois hypothèses, car nous ne pouvons faire que des hypothèses, puisqu'il faudrait une autopsie avant et après le redressement pour avoir une opinion exacte et basée sur des données anatomiques précises.

Je sais bien que, tout à l'heure encore, M. Godon parlait de la radiographie, mais, autant cette science nouvelle donne des résultats exacts quand il s'agit de corps étrangers, autant, à mon humble avis, il est le plus souvent difficile de tirer des déductions pratiquement utiles et indiscutables des épreuves qui nous sont soumises et qui ne nous donnent que des résultats imprécis et nébuleux comme elles.

M. Godon. — Il faut savoir lire la radiographie.

M. Sauvez. — Si nous examinons un instant les trois hypothèses

que je viens de tenter d'exposer, hypothèses qui m'ont été soumises plusieurs fois par différents confrères, il me paraît qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter longtemps aux deux premières et que la troisième paraît préférable. C'est celle, d'ailleurs, de la plupart des orthodontistes de l'autre côté de l'Atlantique, qui ont sur ces divers points une compétence basée sur la fréquence de cas analogues qu'ils ont traités, tandis que nous en sommes encore ici, en France, à nous appuyer sur un nombre de cas peu étendu.

Dans plusieurs cas de prognathisme de maxillaire inférieur, chez des malades adultes ou âgés, qui possédaient encore la plupart de leurs dents, et surtout les dents antérieures, j'ai eu l'occasion, comme la plupart d'entre vous, sans doute, en cherchant à prendre les rapports d'articulation de ces malades, afin de construire un appareil, de constater qu'ils n'arrivent à amener leurs dents molaires au contact les unes des autres, à obtenir l'occlusion dentaire nécessaire pour leur mastication, qu'en avançant leur maxillaire inférieur d'une façon considérable, en faisant un véritable mouvement de projection en avant de leur mâchoire.

Pour se convaincre de la réalité de ce mouvement de projection, il n'y a qu'à prendre en mains le maxillaire inférieur de certains de ces patients, en le reculant en arrière le plus possible et à faire faire des mouvements d'abaissement et d'élévation du dit maxillaire. On constatera alors souvent que les mouvements normaux de la mâchoire du bas, c'est-à-dire ceux que l'on obtient lorsque le condyle est dans ses rapports normaux avec la cavité glénoïde, n'amènent pas du tout les molaires du bas en engrènement avec celles du haut. On constatera, par exemple, que, dans le mouvement d'élévation normal du maxillaire inférieur, le bord tranchant des dents du bas ne dépasse en avant le bord tranchant des dents du haut que d'une façon insignifiante. Si, alors, vous cherchez à amener les molaires en position d'occlusion, il faut que le malade avance la mâchoire inférieure, parfois très notablement.

Cette occlusion n'est donc obtenue qu'en faisant une viciation constante et répétée de l'articulation temporo-maxillaire, en tiraillant ses ligaments, Je pense que plusieurs d'entre vous auront déjà remarqué cette particularité.

Dans un cas que j'ai fort bien en mémoire, j'ai constaté ce que je viens d'expliquer chez un de nos confrères, un médecin âgé aujourd'hui d'environ 65 ans et qui, vraisemblablement, se trouvait déjà dans ces conditions quand il avait la majorité de ses dents permanentes, c'est-à-dire vers l'âge de 12 ans. Par conséquent, il y a 53 ans que ce patient mâche ses aliments en viciant à chaque mouvement de mastication son articulation temporo-maxillaire, qui se trouve tiraillée en avant. Cependant, celle-ci n'a pas bougé de place, pas plus que le

col du condyle ne s'est courbé puisque, actuellement, nous retrouvons encore que la position prise par la mâchoire inférieure dans ses mouvements normaux d'élévation est totalement différente de la position que le patient est obligé de prendre pour mâcher.

Nous ne pouvons donc penser que, dans le cas qui nous occupe, on ait obtenu en un mois et demi à deux mois ce que 53 ans de tiraillements constants, répétés plusieurs fois par jour, n'ont pu obtenir, c'est-à-dire un déplacement de la cavité glénoïde ou une courbure du col du condyle.

Je pense donc qu'il y a lieu de préférer la troisième hypothèse, et je tiens à répéter qu'il n'est question que d'hypothèses, c'est-à-dire qu'il doit vraisemblablement s'agir dans ce cas de recul des dents corps pour corps, en totalité, le procès alvéolaire suivant la dent déplacée. Le tissu osseux du maxillaire se résorberait devant la dent qui le presse, comme souvent nous constatons dans l'économie de la résorption osseuse devant une force continue.

Je vous prie de m'excuser de cette digression à propos des forces intermaxillaires et je serais heureux de voir, par la suite, ce que pensent de ces points divers confrères expérimentés et de susciter également des travaux sur ces questions de la part de jeunes confrères sortant de cette Ecole.

M. Viau. — Je voudrais demander à M. Sauvez, qui vient d'exposer trois hypothèses intéressantes s'il n'en faudrait pas ajouter une quatrième. Ne croyez-vous pas que dans cette attraction réciproque très puissante, il se produit un avancement du maxillaire supérieur ? Je ne dis pas que tout le mouvement se soit passé là, mais dans une certaine proportion il doit se produire à mon sens un avancement du maxillaire supérieur qui présente une résistance considérablement moins grande par sa structure. Le maxillaire inférieur est évidemment construit de façon à donner une force considérable, étant donnée sa fonction physiologique. Je voudrais que M. Villain qui aura certainement l'occasion d'employer l'appareil en question dans d'autres cas, tâche de contrôler s'il n'y a pas un mouvement dans le sens que je viens d'indiquer.

M. Meng. — A mon avis les trois hypothèses citées par M. Sauvez peuvent être émises. Une preuve, notamment, qu'il se fait un travail du côté de l'articulation temporo-maxillaire, c'est que lorsqu'on pose un appareil bien conçu en plan incliné, le patient se plaint de l'articulation ; donc celle-ci est lésée. Quant aux déformations acquises, il y en a de nombreux exemples : la torsion des jambes chez les cavaliers, le renforcement du pouce chez les mécaniciens qui travaillent l'ivoire, etc... L'os n'est pas un organe invariable, il se déforme lorsqu'il subit une pression.

M. le président. — Je crois être l'interprète de la Société en félici-

tant M. Henri Villain de son intéressante communication, et du succès si rapide qu'il a obtenu, et que nous pouvons apprécier par l'examen des modèles. J'exprime en même temps le vœu de voir se poursuivre cette intéressante discussion, puisque M. Francis Jean nous a fait espérer une communication sur ce même sujet.

II. — L'AZOTATE D'ARGENT EN THÉRAPEUTIQUE BUCCALE, PAR M. AMOEDO.

M. Amoëdo donne lecture de ce travail (*V. plus haut*, p. 207).

M. le président remercie M. Amoëdo d'avoir remis en lumière la valeur thérapeutique du nitrate d'argent, il rappelle que, bien avant l'emploi général des antiseptiques, tous les dentistes avaient leur crayon de nitrate dont ils usaient largement.

III. — PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU FOUR ÉLECTRIQUE, PAR M. BARRIÉ.

M. Barrié. — Le four que je vous présente ce soir n'a pas la prétention d'arriver à constituer un four aussi parfait que ceux qui vous ont été présentés ici, et en particulier le four de M. Platschick, que vous connaissez tous. Il a simplement le mérite d'être très simple comme construction, de sorte que les dentistes peuvent le fabriquer eux-mêmes, et il revient ainsi à un prix très minime. Ce four fonctionne sur un courant alternatif de 110 à 120 volts. Il est constitué de deux enveloppes en terre réfractaire. Les pièces qui constituent l'ensemble du four sont toutes reproduites par moulage.

Les spirales du fil de platine sont isolées par de la ficelle d'amiante, de sorte que la dilatation ne peut rompre ni le fil de platine, ni la terre réfractaire, comme cela se produit lorsque le fil de platine est placé dans la masse. Cela facilite d'un autre côté la construction. Le prix de revient minime de ce four permet à nos confrères d'utiliser l'électricité dans de bonnes conditions et à bon marché. Il n'a pas de pyromètre. Il m'a été très difficile d'obtenir du laboratoire central d'électricité l'indication de la température obtenue avec ce four aux différents plots. Je ne suis arrivé à fixer cette température que par tâtonnements. C'est ainsi, par exemple, que sur le deuxième plot j'arrive à fondre la Jenkins, qui fond à une température basse. Sur le troisième plot je fonds l'émail de Ash à haute fusion, ce qui équivaut par conséquent à 1040 degrés environ. Je suis persuadé que nous arrivons, au troisième plot, à obtenir une température de 1300 degrés. Je voulais avoir la température exacte, c'est pourquoi j'ai porté ce petit appareil au laboratoire central d'électricité, où il est resté pendant trois semaines, mais on n'a pu me donner une réponse satisfaisante jusqu'à présent. Les ingénieurs m'ont dit qu'il faudrait qu'ils gardent ce four pendant un mois environ. Comme j'étais porté sur

l'ordre du jour pour vous le présenter ce soir, j'ai repris cet appareil que je ne puis donc pas vous présenter complètement terminé, avec tous les perfectionnements que j'y apporterai dans la suite.

DISCUSSION.

M. Viau. — J'use moi-même d'un four électrique depuis trois ou quatre ans. Or à chaque instant il se produit des ruptures de fil. M. Barrié prétend que l'amiante soutient le fil et le met à l'abri de ces ruptures. Ce serait là un grand perfectionnement.

M. le président. — L'intérêt de ce four, c'est la modicité de son prix de revient. Je crois qu'il serait parfait si M. Barrié pouvait y ajouter un pyromètre, comme il nous en fait la promesse.

M. Barrié. — J'en ai effectivement l'intention.

M. le président. — M. Barrié me fait savoir à l'instant qu'il offre à l Ecole un de ses fours, dont il a l'intention de faire la démonstration lorsqu'il sera complètement terminé. Vous serez tous intéressés de cette démonstration qui vous permettra d'apprécier cet appareil.

M. Godon. — Je joins mes remerciements à ceux du président, à propos du don que nous fait M. Barrié.

M. Platschick. — Je me tiens à la disposition de M. Barrié pour contrôler la température de son four à l'aide des instruments que j'ai à mon laboratoire, qui lui donneront certainement toute satisfaction. Nous pourrons ainsi voir ensemble, s'il le veut bien, qu'il sera peut-être difficile d'arriver à obtenir avec son four 1300 degrés. Son four peut assurément rendre de grands services aux dentistes, mais je ne crois pas qu'il puisse servir pour fondre les pâtes à haute température. Il est comme celui de Weiss, avec le fil de platine à l'extérieur du moufle. Son fil ne se trouve pas noyé dans la terre, ce qui serait un avantage, mais il s'éloigne beaucoup de la surface à chauffer. De la sorte pour que nous puissions atteindre une température X dans le four lui-même, il faudra arriver à porter le fil de platine à un degré de température beaucoup plus élevé que dans le four.

Si le fil pouvait donner 1300 degrés de température, je crois pouvoir affirmer que la ficelle d'amiante elle-même s'altérerait à un tel point qu'elle ne pourrait servir deux fois.

Il est évident que ce four peut rendre des services, mais je crois qu'il y a des réserves à faire au point de vue de la possibilité d'arriver à un degré tel que M. Barrié l'a annoncé tout à l'heure, 1300 degrés, sans que le four soit endommagé ; même à 1250 degrés ce que je dis se produirait.

Le four pourra cuire dans un temps un peu plus long certaines pâtes, mais il sera impossible ou presque de fondre des pâtes à 1250 degrés.

M. Barrié. — J'accepte avec grand plaisir l'offre de M. Platschick. J'ajouterai que je fonds très facilement — et même sur le troisième

plot — des pâtes à haute température de Ash. Or la pâte de Ash fond à 1040 degrés, et j'ai encore trois plots à ma disposition.

M. Platschick. — Oui, mais c'est là qu'il devient plus difficile d'arriver à une haute température.

M. Barrié. — L'essentiel, c'est qu'on peut fondre avec ce four la plupart des pâtes.

M. Georges Villain. — M. Platschick a fait une objection qui est très vraie : lorsque le fil est placé à l'intérieur du four, la chaleur est concentrée dans le four. Je disais moi-même à M. Barrié tout à l'heure qu'il perdait énormément de chaleur du fait que son fils était à l'air libre et qu'il aurait certainement avantage à remplir l'espace vide avec de la poudre d'amiante.

Dans le four de Mitchell on peut arriver à fondre des pâtes à basse et moyenne températures. Or le principe adopté est le fil de platine qui entoure un creuset placé dans une boîte métallique. Il y a entre ces deux parties une petite quantité d'amiante en poudre. Avec ce four on ne peut pas fondre la pâte de Consolidated. En modifiant le four de Mitchell, on arrive à fondre la pâte de White qui nécessite 1260 degrés. La seule modification à apporter, est d'y placer le fil de platine en zigzag pour un creuset plus mince. On arrive fort bien ainsi à fondre des porcelaines à haute température. Je ne serais pas étonné pour ma part qu'avec un four comme celui qui nous est présenté ce soir, comblé d'amiante en poudre, on arrive à 1300 degrés. J'ai fondu des pâtes de la Consolidated dans un temps très restreint, mais si on reste trop longtemps sur un plot, on arrive à fondre ces porcelaines à une température plus basse.

M. Ferrand. — A 1300 degrés, le carton d'amiante se vitrifie.

M. Barrié. — Je n'emploie pas de carton d'amiante.

M. Platschick. — J'ai dit tout à l'heure que j'étais un peu sceptique sur la possiblilité d'atteindre 1300 degrés avec le four de M. Barrié, je n'ai pas dit qu'il était impossible de fondre certaines pâtes en les laissant dans le four pendant un laps de temps très long. Il y aura alors de ce chef un gros inconvénient, c'est que le platine ayant été porté à une température très élevée pendant assez longtemps ne pourra pas résister à la longue.

Il a été parlé du four de Mitchell. Il avait fait un four dans lequel le moufle était libre, et un autre dans lequel le platine était au ras de la terre.

M. Barrié. — La seule façon de nous rendre compte de tout ceci c'est de procéder aux essais, comme vous me proposez de le faire.

IV. — Présentation d'un nouveau masque pour l'anesthésie générale, par M. Charles Gaudron.

M. Gaudron présente son masque dont nous avons donné la description. (V. *Odontologie*, 29 février 1908, p. 175.)

Discussion.

M. Blatter. — Je tiens à adresser en tout premier lieu mes félicitations à notre confrère qui nous présente cet appareil. Nous l'avons essayé à la clinique de M. Roy. Je ne connaissais toutefois pas le second dispositif qu'il nous a montré ce soir.

Lorsque j'ai essayé cet appareil, j'ai trouvé qu'il avait quelques petits inconvénients. Il m'a semblé notamment que la narcose se produisait assez tardivement, et je crois qu'on peut incriminer un trop grand appel d'air. Pour ce qui est de l'agent anesthésique, je suis absolument opposé, en principe, à un mélange d'anesthésique. On doit toujours recourir à des anesthésiques purs, tels que le chlorure d'éthyle.

A part cela, je n'ai que des félicitations à adresser à M. Gaudron.

M. Miégeville. — Je tiens à féliciter M. Gaudron de l'idée qu'il a eue de mettre des soupapes à son masque. Je trouve que c'est une très bonne idée, quoique cela retarde beaucoup l'anesthésie.

D'autre part la compresse que M. Gaudron introduit dans son masque retarde l'anesthésie, il faut alors une forte dose anesthésique pour provoquer l'anesthésie. Le chlorure d'éthyle s'évapore difficilement, à la surface de cette compresse, il se forme comme une congélation si bien que l'évaporation ne se fait pas. Il faut souvent casser une seconde ampoule, ce qui fait 10 centimètres cubes. Or nous avons l'habitude de faire l'anesthésie avec 5 ou 6 centimètres cubes, ce qui est suffisant. Je crois, pour ma part, que l'inconvénient que je signale vient de la compresse que M. Gaudron introduit dans le masque.

M. le président. — Je tiens à remercier M. Gaudron de sa présentation et de son appareil qui est très ingénieux. Aux deux reproches qui viennent de lui être adressés par les précédents orateurs à propos du retard dans l'obtention de l'anesthésie, je dois répondre que pour ma part je ne suis pas partisan de la rapidité, de la sidération par le chlorure d'éthyle. J'ai fait beaucoup d'anesthésies sans masque, avec mélange d'air, par conséquent. La narcose est beaucoup plus longue, elle est beaucoup plus sûre. J'ajouterai donc mes félicitations à celles qui ont été adressées déjà à M. Gaudron à propos de son masque.

M. Miégeville. — J'ai voulu parler tout à l'heure du retard qui se produisait pour l'évaporation du chlorure d'éthyle.

M. Gaudron. — J'emploie très rarement cette dose de 10 centimètres cubes, dont on a parlé. 6 centimètres cubes suffisent généralement pour quelques extractions. Tout dernièrement, ici même j'ai obtenu une narcose assez prolongée ; l'opérateur a eu le temps d'extraire les deux molaires gauches, les racines des canines et des

incisives latérales. Pour cette série d'extractions il n'avait été administré que cinq centimètres cubes d'anesthésique.

Je signalerai en passant que l'appareil étant en nickel pur, la chaleur de la main peut faciliter la volatilisation de l'anesthésique.

M. Touvet-Fanton. — Il serait vraiment regrettable de voir cette discussion se terminer ici. A l'occasion de cette si intéressante présentation, nous pourrions poser et mettre au point la question de savoir si oui ou non on doit, et pour quelles raisons, faire intervenir la présence de l'air, le mélange d'air et d'anesthésique dans l'anesthésie au chlorure d'éthyle, ou s'il faut au contraire bannir complètement le procédé du mélange de l'air à l'anesthésique. J'aperçois précisément parmi nous un de nos distingués professeurs d'anesthésie M. Pinet. Je serais heureux de le voir exprimer son opinion.

Pour ma part, j'ai jadis préconisé le mélange d'air avec l'anesthésique, mettant la théorie de Paul Bert en pratique, au point de vue du coryl de la même façon que Paul Bert l'avait préconisé pour le chloroforme. Cela retarde incontestablement l'anesthésie, mais cela donne aussi une sécurité plus considérable croyons-nous. D'autre part j'ai entendu préconiser aussi l'avis complètement inverse où l'on dit qu'il n'y a pas d'inconvénient à sidérer complètement le patient, en lui donnant à inhaler uniquement de l'anesthésique. A la vérité le moment ne saurait être mieux venu, à propos des communications à l'ordre du jour de cette séance, pour élucider cette question du mélange de l'air aux anesthésiques.

M. Décolland. — Je ne voulais pas prendre la parole au sujet d'un masque, mais je crois utile, au milieu de cette discussion, de venir vous apporter les observations que j'ai pu recueillir au cours de mes nombreuses démonstrations à travers le monde chirurgical et médical.

Donner de l'air, cela a été fait depuis déjà longtemps et les appareils sont nombreux pour cet usage.

Dans son traité d'anesthésie, Dumont mentionne les expériences de Koning qui, en donnant 5 ^{cc}, constatait une dépression artérielle qui lui fit délaisser l'emploi de ce procédé, il cherchait alors à donner une dose moindre de 2 à 3^{cc}. J'ai voulu, moi-même, combiner mon appareil avec un jeu de soupapes ; les expériences faites dans le service de M. Pinet m'ont donné des résultats trop inconstants pour continuer dans cette voie. — Me basant sur les travaux des physiologistes anciens et plus récents, ceux de M. Camus, entre autres, j'ai donné le chlorure sans air et avec une méthode progressive et de sécurité. Je vous dirai que ce procédé a paru un peu bizarre aux débutants de ce genre d'anesthésie qu'ils appellent mode d'asphyxie, et ils forment la majorité. Metchnikoff lui-même, qui réclame le concours de mon appareil pour endormir les singes, exige, au préalable, une soupape de sûreté. Pour satisfaire à ces avis divers, j'ai combiné une soupape

et une admission d'air que l'opérateur peut faire manœuvrer à son gré suivant le terrain qu'il rencontre, c'est ce que M. Pinet va vous démontrer tout à l'heure.

Je le répète, je ne veux nullement critiquer le masque de mon confrère qui, mécaniquement, est bien construit, mais qui ne respecte pas ce qui nous a été dit par les physiologistes : c'est qu'il ne faut pas donner d'air au début avec un gaz aussi volatil qui donne un sommeil aussi fugitif.

M. Pinet. — Notre collègue Touvet-Fanton a élargi le débat.

En premier lieu, je dirai ceci : ceux qui disent qu'il ne faut pas d'air du tout ont tort, ceux qui disent qu'il en faut ont tort.

On présente également des appareils, des produits, des techniques, on n'oublie qu'une seule chose : c'est le terrain, le malade. Certains ont besoin d'avoir un peu d'air, pour d'autres il n'en faut pas du tout. J'ai expérimenté l'appareil de M. Décolland d'abord sans donner d'air du tout, puis en donnant de l'air, puis avec une soupape d'expiration. Eh bien, j'en suis arrivé à cette conclusion, que le terrain prime tout. Il y a des malades auxquels il faut de l'air et d'autres auxquels il n'en faut pas on en juge seulement par la pratique. Cela se voit en mettant le masque, aux mouvements respiratoires plus ou moins désordonnés du malade. On voit facilement ceux qui ont soif d'air.

V. — Chlorure d'éthyle et chloruration des cellules nerveuses, par M. Pinet.

M. Pinet. — Tous ceux qui ont manié le chlorure d'éthyle comme le bromure d'éthyle ont été frappés de deux faits :

Certains malades, dans les mêmes conditions d'âge s'endorment très vite, d'autres très lentement. Le même malade, par moments, s'endort une fois très vite, une fois très lentement. Etant donné qu'on se trouve en présence du même malade, du même opérateur, du même anesthésique, pourquoi cette différence ? Pourquoi chez ces sujets, plus ou moins impressionnables, le système nerveux est-il plus impressionnable à certains moments plus qu'à d'autres.

Or les médecins savent très bien que chez certains malades à qui on doit donner du bromure de potassium — le chlore ou le brome sont de la même famille — on arrive à des six, huit, dix, douze grammes pour acquérir des résultats imparfaits, si on a affaire à un malade chloruré, tandis que si l'on a affaire à un malade déchloruré, deux grammes vont donner des résultats. Pourquoi cela ? Parce que la cellule nerveuse saturée qu'elle est de chlorure chez le premier sujet, lorsque le chlorure ou le bromure d'éthyle vienne rôder autour d'elle pour y pénétrer ou agir sur son protoplasma, trouvent la place prise, pour ainsi dire, de sorte qu'il n'en pénètre qu'une petite quantité ou

presque pas du tout. M. Camus serait plus autorisé que moi pour traiter cette question.

Des malades qui sont très peu chlorurés s'endorment très vite. Je me rappelle notamment une malade. C'était une femme de 32 ans, n'ayant rien au cœur, organes absolument sains, très forte, très puissante. Cette femme était très calme, très tranquille, avec un pouls très calme, très lent. On lui pose le masque de M. Robinson, avec une ampoule de trois centimètres cubes. Elle n'a pas fait trois aspirations que je n'ai eu que le temps de faire sauter le masque pour faire opérer. Elle était complètement sidérée et a eu une anesthésie qui a duré cinq minutes. Voilà donc une femme qui était très sensible au chlorure d'éthyle. Il est certain que cette femme devait être à ce moment-là déchlorurée, et il m'a paru utile de lui conseiller de se soumettre au régime chloruré. Elle s'y est soumise à ce régime et je me rappelle très bien que l'anesthésie a été plus longue à obtenir ensuite.

Il serait intéressant d'élucider cette question ; pour moi les sujets déchlorurés, sont plus aptes que d'autres à l'imprégnation du chlorure d'éthyle et c'est surtout chez ceux-là qu'on peut observer des accidents.

VI. — A propos de l'appareil de M. Décolland, par M. Pinet.

Je dois dire tout d'abord que je ne viens pas vous faire l'apologie d'un appareil. J'ai expérimenté celui de M. Décolland pendant deux mois et demi, près de trois mois, et je vous présente simplement les résultats cliniques que j'ai observés.

Je vous ai dit tout à l'heure que nous l'avons expérimenté sans soupape d'expiration, sans appel d'air, puis avec appel d'air, en dernier lieu avec une soupape d'expiration et appel d'air facultatif. L'appareil sans soupape d'expiration ne m'a pas paru, je le dis bien franchement, présenter de grands avantages sur les autres. M. Décolland vous exposera son appareil, je me pose moi au point de vue clinique. Celui avec soupape d'expiration et appel d'air si c'est nécessaire, m'a paru présenter des avantages.

Nous avons expérimenté le masque sur soixante à soixante-dix malades de tous âges, de tous tempéraments. Pour moi, avec ce masque, l'anesthésie se produit rapide, sans secousse progressive, il y a peu de phénomènes d'excitation. Je n'ai observé que très rarement ce phénomène de rotation des globes oculaires que l'on observe avec les autres appareils, ou alors si on observe cette rotation, elle est moins accentuée.

La narcose s'obtient plus vite qu'avec les autres masques, elle est d'une durée plus longue. D'un autre côté, une chose qui m'a frappé, surtout depuis que M. Décolland a ajouté cette soupape d'expiration, c'est que pendant toute la narcose, le malade conserve sa physiono-

mie normale, on peut dire quatre-vingt-quinze fois sur cent. Avec les autres masques, au bout de quelques aspirations plus ou moins saccadées, plus ou moins brusques, la physionomie du malade change, le facies pâlit et prend souvent la teinte suborphysique.

Depuis surtout qu'il y a la soupape d'expiration, tout le temps que dure la narcose, tout le temps que le masque reste appliqué sur le visage du patient, la coloration normale de ce dernier subsiste. Il y a une bonne irrigation de la face, il y a une bonne irrigation bulbaire.

Il y a un autre point qui nous a très frappés, en se servant des autres masques : le malade étant anesthésié on opère, puis après le malade fait quelques mouvements, le regard est vague, étrange, plus ou moins fixe. Puis, comme si on pressait sur un déclic, son œil reprend sa vitalité, son éclat, son expression normale. Dans d'autres cas, pendant que le malade est encore ainsi, les yeux fixés dans le vague, il arrive souvent qu'il se lève et alors on assiste à des scènes de pugilat déplorables. Je me rappelle en avoir vu bien souvent. Il fallait que tous les élèves du service s'accrochassent au malade. On arrivait à maîtriser le sujet, puis tout à coup l'œil reprenait son expression naturelle. Alors le patient disait : Je rêvais que j'étais attaqué — ou je rêvais que j'avais une discussion.

Or depuis que nous employons cet appareil modifié tel qu'il est, je n'ai jamais vu cela. Je ne dis pas que cela n'arrivera pas, que cela ne peut pas se voir, mais je ne l'ai pas vu. De plus, avec les autres masques, il est courant de voir les garçons de salle ou l'infirmière rester jusqu'à 2 ou 3 heures de l'après-midi, pour donner des soins à des malades dont on vient d'inventorier la mâchoire. Ils sont étendus, vomissant souvent, plus ou moins souffrants. Je ne veux pas dire que ceci ne se produira pas avec cet appareil, mais je constate ce que nous avons vu dans soixante ou soixante-dix cas. Avec cet appareil on voit le malade se réveiller brusquement. Il reprend de suite l'expression normale du regard. Vite il se réveille, puis s'en va, et on ne le voit plus, comme je le disais tout à l'heure, rester étendu jusqu'à une heure avancée de la journée. Au point de vue clinique cet appareil présente donc de grands avantages. Il est certain que la soupape d'expiration constitue un grand progrès. Avec certains autres masques, les malades aspirent de l'acide carboniqne, des gaz, c'est ce qui fait que leur réveil est long et pénible.

Lorsque j'ai fait usage de l'appareil de M. Décolland, sans soupape d'expiration, j'observais les mêmes réveils lents et cet état d'obnubilation intellectuelle décrit plus haut, et précédant le réveil confirmé, que j'ai observés maintes fois avec les autres masques.

Cette soupape permet l'expulsion de tout ou partie des gaz expirés ; je suis convaincu que leur respiration par le patient, est la cause de phénomènes suivants observés : changement de coloration de la

face, teinte plus ou moins cyanosée des oreilles (bon signe à observer et qui ne me paraît pas avoir encore été décrit), temps plus ou moins long surtout chez les nerveux et les alcooliques, entre la perception de la douleur et le réveil confirmé.

M. le président. — Je remercie M. Pinet de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire avec son autorité accoutumée. A propos de la question du mélange de l'air et de l'anesthésique, j'ai pour ma part retenu un point qui confirme l'observation que j'ai faite à la clinique de Sainte-Anne, de la rapidité avec laquelle on anesthésie les malades déchlorurés. Je me souviens notamment d'un cas; il s'agit d'une vieille femme qui après deux ou trois inspirations de chlorure d'éthyle, se renversa brusquement en arrière, et ne revint à elle qu'après une énergique flagellation. Je n'ai pas de critiques à formuler contre les masques de MM. Gaudron et Décolland, je tiens à signaler les résultats intéressants que donne le chlorure d'éthyle, avec ou sans masque.

VII. — Modification apportée a l'appareil Décolland, par M. Décolland.

M. Décolland. — Avant de vous présenter la modification apportée à mon appareil, je tiens à remercier M. Pinet. Je remercie tout particulièrement M. Pinet du bon accueil qu'il m'a réservé dans son service et des démonstrations qu'il y a faites avec mon appareil.

Je suis heureux du patronage qu'il a bien voulu m'accorder, étant donné ses connaissances étendues en physiologie, connaissances qui s'ajoutent à une longue pratique de l'anesthésie en dentisterie. Ceci, joint à sa prudence bien connue, à sa scrupuleuse honnêteté professionnelle, fait que je considère ce que M. Pinet vient de dire de mon appareil, comme une récompense suffisante de mes efforts et un précieux encouragement à les continuer. Son éloge m'est une garantie de succès pour l'avenir, et j'espère retrouver dans ses cliniques le même accueil et les mêmes encouragements.

M. Décolland donne connaissance de sa communication publiée plus haut (V. page 210).

Discussion.

M. Vanel. — De 1899 à 1905, alors que j'étais étudiant en médecine, j'ai donné deux à trois fois par jour, en moyenne, le chlorure d'éthyle à la compresse. Je n'ai jamais vu d'excitation.

Aujourd'hui, chez moi, je fais ce que je faisais dans la pratique hospitalière, et j'administre le chlorure d'éthyle à mes malades avec la compresse. Je prends les tubes, je les brise et je projette le liquide sur les compresses. J'ai donné au moins 1300 à 1500 anesthésies ainsi.

M. le président. — La compresse, c'est en somme un masque simplifié...

M. Vanel. — ... dont je puis vanter les résultats.

M. Blatter. — Tout à l'heure on m'a fait dire que j'étais partisan de la sidération du patient, je n'en suis nullement partisan : c'est une faute opératoire. Néanmoins pendant que le malade passe à la période d'anesthésie, il y a un instant où il faut supprimer complètement l'air. Je suis très heureux que M. Décolland nous ait présenté son masque. Lorsqu'il y a deux ans il l'a présenté ici, j'ai été un des premiers à l'essayer. Je l'ai employé pour tous les âges depuis l'enfant de 4 ans jusqu'aux vieillards de 70 ans. Je n'ai jamais eu la moindre alerte. N'est-ce pas déjà là une preuve de sa valeur ?

M. Décolland. — A propos de la compresse, je désirerais dire à notre confrère que son procédé est très primitif. Des appareils ont été construits pour obvier à ce manque d'habileté que pouvaient avoir les opérateurs pour donner le chlorure d'éthyle. On donne le chloroforme à la compresse, mais on le donne aussi maintenant avec les appareils. C'est pour assurer le cours d'une bonne anesthésie qu'ont été imaginés les appareils.

Malherbe qui a préconisé votre procédé pour le chlorure d'éthyle a une habileté que nous n'avons pas tous. Cela est si vrai, c'est que, vous voyez toujours le même anesthésiste attaché au même chirurgien.

Nomination d'une commission.

Conformément à l'article qui prévoit qu'en cas d'insuffisance du règlement il sera nommé une commission chargée de le compléter, le Bureau propose à l'assemblée de désigner les membres de la commission qui devra mettre le règlement de la Société en harmonie avec les statuts modifiés des deux branches du Groupement.

Sont désignés pour faire partie de la commission MM. d'Argent, Barrié, Francis Jean, Jeay, Lemaire.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICAT D'ÉTUDES SECONDAIRES

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu les décrets du 25 juillet 1893 ;

Vu le décret du 29 décembre 1906,

Arrête :

Art. 1er. — La première session d'examen pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira en 1908 au chef-lieu de chaque académie le 15 juillet.

Les dates des épreuves sont fixées ainsi qu'il suit :

Epreuves écrites : mercredi 15 juillet ;

Epreuves orales : jeudi 16 juillet.

Art. 2. — Les registres d'inscription seront ouverts du 29 juin au 11 juillet inclus.

Art. 3. — MM. les recteurs sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 février 1908.

Gaston Doumergue.

NÉCROLOGIE

M. GRUTER

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Gruter, de Besançon, vice-président de l'Association des dentistes de l'Est, membre de l'Association générale des dentistes de France, survenue le 21 février.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets.

*
* *

Notre confrère M. Rollin, ancien membre du Conseil de direction de l'École et ancien trésorier de l'A. G. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre son père.

Nous exprimons nos très sincères regrets à notre sympathique camarade.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Conseil du Corps enseignant.

Le Conseil du Corps enseignant a constitué son bureau ainsi pour 1908 :

Président : M. Godon.
Vice-présidents : MM. Desgrez, Francis Jean.
Secrétaire général : M. Blatter.

La Commission permanente est ainsi constituée pour 1908 :
MM. Camus, Serres, L. Lemerle, Delair.

Mariage.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de M[lle] Paule Cordonnery, chirurgien-dentiste, avec M. Fernand Pastre, docteur en médecine.

Nos félicitations aux nouveaux époux.

Distinctions honorifiques.

Sont nommés par arrêté du 29 février 1908 :

Officiers de l'Instruction publique.

M. Schuler (Albert-Julien), chirurgien-dentiste à Paris.
Mme Soudière, née Jardin (Louise-Marie), chirurgien-dentiste, à Paris.
M. Lambert (Gabriel-Alfred), — —
M. Dorez, dit Léger Dorez (Henri-Charles), — —

Officiers d'académie.

MM. Caillaud (Pierre),	chirurgien-dentiste,	à Paris.
Dettrès (Léon-François),	—	à Marseille.
Massart (Hyppolite-François),	—	à Toulon.
Vauthier (Georges-Richard),	—	à Paris.
Vignot (Jules-Victor),	—	à St-Brieuc.

Nos félicitations à nos confrères, notamment à M. Schuler et à Mme Soudière, membres de l'Association générale des Dentistes de France.

Fête annuelle des étudiants de l'École dentaire de Paris.

La fête annuelle des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu cette année le samedi 29 février à l'Hôtel des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche.

Des invitations avaient été envoyées par le Comité au Corps enseignant de l'Ecole, qui y était représenté par le directeur et la plupart des membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant.

Près de six cents personnes remplissaient l'immense salle des fêtes.

Le programme comprenait trois parties : un concert vocal, par des lauréats du Conservatoire et des artistes de divers théâtres ou concerts, avec chansonnettes et monologues, une revue dont le personnel de professeurs, d'étudiants et de malades de l'Ecole dentaire de Paris et les mille incidents de la vie journalière devaient faire tous les frais ; enfin un bal suivi de cotillon.

La première partie a été fort applaudie et a fourni l'occasion d'entendre des couplets humoristiques et satiriques sur les puissants du jour.

La seconde partie, très goûtée par ceux qui touchent de près ou de loin à l'Ecole dentaire de Paris, avait pour titre *Ardente Ere*, revue incisive et mordante, par Lavedent et Maxillaire. Cette revue, avec des scènes fort comiques, souvent satiriques, des couplets bien tournés, a été très bien jouée par les élèves, qui remplissaient tous les rôles, notamment par le compère M. Mousis et par sa charmante commère, Mlle Reine Leblanc, lauréat du Conservatoire. Les petits

travers, les habitudes des professeurs ont été spirituellement mis en vedette et raillés et il n'est que juste de dire que cette critique n'a jamais dépassé les limites permises. Les professeurs mis à la scène, loin de se formaliser des plaisanteries dont ils étaient l'objet, étaient les premiers à donner le signal des applaudissements souvent très nourris, lorsque l'esprit d'observation des auteurs avait frappé juste et que leur verve avait été particulièrement heureuse. Ce n'est que rendre hommage à la vérité que de dire que cette revue a eu le plus grand succès et fait honneur à tous ceux qui ont une part quelconque à sa composition ou à son interprétation.

La troisième partie, bal et cotillon, ne s'est terminée que vers cinq heures du matin: c'est assez dire qu'elle a été très goûtée.

Nous devons en terminant, ajouter que toute la fête a été d'un goût parfait, que tout s'est passé avec le plus grand ordre et qu'aucun incident n'a troublé cette excellente soirée. Il y a lieu d'en féliciter spécialement le Comité d'organisation.

La Rédaction.

A. G. D. F.

Le Conseil de direction de l'A. G. D. F. s'est réuni le samedi 7 mars et a procédé au renouvellement de son Bureau, qui est ainsi composé pour 1908 :

Président : M. Francis Jean.

Vice-Présidents : MM. Pont (de Lyon), d'Argent.

Secrétaire général : M. Fouques.

Secrétaire adjoint : M. Lalement (de Paris).

Trésorier : M. G. Viau.

La Chambre syndicale a été composée de MM. Blatter, Delair, Jeay, Lalement, Roy.

Le Comité de la Caisse de prévoyance a été composé de MM. Cecconi, Debray, Jeay, Lalement, Viau.

Les trois membres désignés pour faire partie du Conseil de famille mixte sont MM. Delair, Lalement, Lemerle.

Conseil général du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

Le Conseil général du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F. s'est réuni le dimanche matin 8 mars ; il a procédé à l'élection de la Commission exécutive, qui est ainsi composée pour 1908 :

Président : M. Godon.

Vice-Présidents : MM. Lemerle, Roy.

Secrétaire général : M. Blatter.

Trésorier général : M. Bioux.

Commissaires : MM. d'Argent, Francis Jean, Touvet-Fanton, G. Viau, Brodhurst (de Montluçon), Cecconi (de Pontoise), Pont (de Lyon).

Il a procédé également à la nomination du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie.* Ont été élus :

Directeur : M. Godon.

Rédacteur en chef : M. Roy.

Secrétaire de la rédaction : M. H. Dreyfus.

Administrateur-gérant : M. Blatter.

Comité de rédaction: MM. Choquet, J. d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, Touchard, Viau, G. Villain.

La cavalcade des étudiants.

Les étudiants des diverses Facultés avaient organisé, à l'occasion du mardi gras, une cavalcade avec chars symboliques, qui a parcouru le quartier latin et les principales voies du centre de la capitale.

Les élèves des écoles dentaires y ont pris part et exhibaient un monstrueux chicot sur lequel ils veillaient jalousement, vêtus de la blouse professionnelle, égayée pour la circonstance d'attributs de la corporation.

Le théâtre mène à tout...

Au dîner mensuel de mars des « Uns », que présidait Me Albert Crémieux, un convive s'est levé, au moment où pétaradait l'artillerie du champagne.

Strictement rasé, le profil pittoresque et le sourire aiguisé d'ironie, l'excellent artiste Edmond Bouchard a désopilé les rates en disant quelques poèmes farces de Bilhaud et d'autres.

Or, savez-vous ce qu'est devenu Bouchard, le Paradeux de *L'Enfant du Miracle ;* Bouchard, qui joua au Vaudeville dans *La Robe Rouge,* aux Bouffes-Parisiens dans *Le Nez qui remue,* aux Folies-Dramatiques dans *La Famille du Brosseur, Le Billet de Logement, La Nuit de Noces?*

Bouchard, le joyeux Bouchard, a jeté le masque comique aux orties et s'est installé... dentiste, après s'être fait diplômer par l'Ecole dentaire de Paris !

(*Comœdia*, 2 mars.)

Comité des cours de perfectionnement dentaire.

Le Comité des cours de perfectionnement dentaire de Prusse a décidé de créer dans la salle de lecture de la fondation de l'impéra-

trice Frédérique destinée aux cours de perfectionnement médicaux, à Berlin, une section dentaire comprenant tous les périodiques dentaires.

Le Comité fait appel aux journaux dentaires de tous pays pour les recevoir gratuitement afin qu'ils soient à la disposition des étudiants de tous pays.

Chirurgiens-dentistes dans l'armée brésilienne.

Notre confrère da Silva, de Rio de Janeiro, nous informe que le Ministre de la Guerre du Brésil, le maréchal Hermès da Fonseca, a fait approuver par la Chambre des députés et sanctionner par le président de la République la création d'un corps de chirurgiens-dentistes pour l'armée.

Ceux-ci seront au nombre de vingt-quatre avec les grades respectifs de sous-lieutenant, de lieutenant et de capitaine et seront ainsi répartis : un capitaine, chef du corps, un capitaine chef de clinique à l'hôpital militaire, huit lieutenants et quatorze sous-lieutenants.

28e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'UTILITÉ POUR LA CONSERVATION DES RACINES DE LEUR COIFFAGE AVEC FRETTE

Par M. ED. TOUVET-FANTON, D. F. M. P.
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 10 mars 1908.)

Le coiffage avec bague (ou frette) faisant office de couronne métallique est-il utile à la conservation des racines ou bien ne peut-il être qu'un agent favorable à leur destruction? L'usage de la bague relève-t-il d'une thérapeutique rationnelle ou d'une pratique empirique?

— Si cette question a pu être un sujet de controverse, cela ne me paraît être dû qu'à ce qu'elle n'a pas été envisagée à tous les points de vue qu'elle comporte.

Ce serait une erreur de ne se préoccuper du coiffage qu'en raison de son résultat au point de vue *mécanique;* une erreur aussi de n'interpréter que les conditions *théoriques* seulement de son application pour le légitimer ou le réfuter.

Les « faits » en pratique ne sont, en effet, jamais aussi bons ni aussi mauvais que les conçoivent nos impressions ou nos seules déductions théoriques. Aussi, est-ce non seulement en y réfléchissant beaucoup que l'on doit en établir le contrôle efficace, mais aussi en ne dédaignant pas de les envisager au point de vue *expérimental* : cet ensemble complexe et pondéré constituant, croyons-nous, le seul contrôle qui puisse être accepté scientifiquement.

La question de l'opportunité de la bague ne peut être de celles qu'on résout autrement.

C'est donc au point de vue expérimental en même temps qu'au point de vue théorique en rapport avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie relatives aux organes intéressés, qu'il faudra étudier la question du coiffage.

Il paraît indispensable également de préciser la définition de l'opération que constitue le *coiffage fretté*, cette opération pouvant être conçue et exécutée bien différemment, prêter à la confusion, et être exposée par là à paraître légitimer des critiques qui ne doivent pas l'atteindre ; il est indispensable aussi de déterminer le but qui la légitime.

Ce n'est qu'après cette étude complète que la question pourra utilement être posée et, il me semble, résolue.

— Bien qu'il n'entre pas dans le cadre de cette étude d'examiner en détail la question au point de vue mécanique, il n'est cependant pas sans utilité de rappeler tout d'abord les avantages, en ce sens, dus à l'application des bagues : sécurité de rétention ; garantie contre la fracture des racines sous les efforts de la superstructure agissant comme levier contre leurs parois ; garantie contre la courbure ou l'inclinaison des pivots ou couronnes, contre leur rotation.

Outre la constatation que l'application des bagues est souvent d'une absolue nécessité pour les bridges, le rappel des avantages incontestables de stabilité et de résistance qu'elles procurent dans tous les cas, apportera à la question en général un appoint d'autant plus considérable, si l'on peut seulement prouver que ces bagues ne sont pas nuisibles ; a fortiori, qu'elles peuvent avoir une utilité.

— Examinons donc maintenant dans ce but les conditions d'existence des organes exposés au coiffage.

Des trois tissus qui restent, constituant une dent à pulpe morte, une racine, l'un, l'ivoire, est totalement ou presque mort.

Il importe de toute évidence, pour la conservation de la racine, de ménager l'existence du cément et du ligament

péri-radiculaire, qui restent les seuls éléments de vie reliant la racine au maxillaire, à l'organisme : le ligament nourrissant, le cément, dont la constitution et les conditions de nutrition offrent beaucoup de ressemblance avec celles d'un « os » propre.

Mais il ne faut cependant pas oublier de tenir compte des conditions où se trouvent ces tissus, du milieu où vit cette racine. Les analogies qu'offre le cément avec le tissu osseux ne peuvent pas, en effet, permettre à l'esprit, en généralisant par trop, d'identifier une dent avec un os propre *inclus* dans les parties profondes qui le protègent *de toutes parts*. Il ne faut pas oublier que ce cément et ce ligament viennent, avec la racine qu'ils revêtent, affronter le bord du maxillaire dans la cavité buccale. Or, c'est précisément cette région-là qui doit attirer notre attention.

Car cette situation anatomique particulière amène des différences particulières dans les fonctions physiologiques, dans les conséquences des atteintes pathologiques aussi de cet organe particulier, et appellera nécessairement pour le protéger des procédés thérapeutiques également particuliers.

— Si donc une racine est abandonnée à elle-même, non pas *un* seul, mais *deux* processus vont pouvoir concourir à sa perte :

1° Une expulsion lente et graduelle hors de son alvéole de l'organe tout entier, en dehors même de toute atteinte de périodontite expulsive, et, a fortiori, dans ce dernier cas ;

2° Envahissement de la carie.

Le premier tendra à plonger en plein milieu buccal la partie la plus délicate de l'organe, le collet, dénué du ligament résorbé.

En ce qui concerne la carie, le processus destructeur n'atteindra pas indifféremment le cément et l'ivoire. Ce dernier, qui n'est pas destiné à résister en plein milieu buccal, où normalement il doit être protégé par l'émail, disparaîtra au point de pouvoir présenter quelquefois même une racine excavée en forme de cornet : mais, de même que

l'émail, bien que protecteur théoriquement inattaquable, lors de la vitalité de la dent, a présenté des points faibles, causes de carie, et que la propagation de celle-ci à l'ivoire a été pour l'émail un sujet de destruction, de même, elle sera un sujet d'élimination pour le cément déchiqueté sur ses bords et exposé de toutes parts dans le milieu dissolvant buccal.

Si, théoriquement d'ailleurs, le cément forme avec l'émail un revêtement parfait de la dentine au collet, nous savons que celui-ci constitue un point très délicat, particulièrement vulnérable, où cette superposition des tissus protecteurs peut d'emblée n'exister que peu ou pas du tout, et laisser en conséquence l'ivoire presque ou tout à fait dénudé. Que de caries du collet sur des dents entières, vivantes, chez des sujets normaux, nous prouvent que dans la réalité les choses ne se passent pas toujours d'une façon normale comme en théorie, et, sans même avoir besoin d'invoquer les lésions chimiques si fréquentes, d'origine professionnelle ou diathésique, nous prouvent, disons-nous, qu'il ne faut pas compter sur la présence des tissus protecteurs au niveau où une racine (organe pathologique) se trouve sectionnée lorsqu'elle a besoin de recevoir nos travaux d'art précisément destinés à la reconstituer !

— Ceci posé, si nous nous rappelons le mode d'existence d'une racine, nous voyons d'une part qu'il importe, pour sa conservation, de ménager, comme il est entendu, l'existence du cément et du ligament péri-radiculaire ; de leur ménager une intégrité, je ne résiste pas à dire « suffisante », bien que ces deux mots s'excluent l'un l'autre, tant l'expression est séduisante : l'idée de relativité qu'elle contient implicitement laissant, en effet, percer cette impérieuse remarque « expérimentalement » acquise, à savoir que ces tissus indispensables peuvent cependant subsister parfaitement, malgré certaines lésions pathologiques qu'ils ont pu avoir à subir, donc après avoir perdu leur intégrité absolue.

Où commence, en effet, et où finit cette suffisance ?

C'est que, s'il est exact que les altérations périostiques retentissent sur le cément et réciproquement, à la façon d'un os propre, leurs causes peuvent ici avoir des conséquences bien différentes, selon qu'elles se produisent dans la profondeur de l'alvéole ou au niveau de la cavité buccale.

Les lésions infectieuses ou traumatiques profondes auront généralement des conséquences très graves qui se traduiront par des processus néo-formateurs ou régressifs souvent irrémédiables.

Mais combien de lésions dans la région du collet, concernant, soit le cément, soit le périoste, soit tous les deux à la fois, peuvent n'avoir que des conséquences curables !

Lésions passagères, opératoires ou autres ; application de caustique ayant fusé, pose de clamps, de fils ; usage exagéré du cure-dents ; séparation des dents ; curettage du tartre profond ; cautérisations chimiques ou thermiques ; fractures partielles, etc.

Lésions chroniques, accidentelles ou naturelles ; présence regrettable de crochets demi-joncs, pénétrant profondément ; d'obturations imparfaites, dépassantes ; tartre profond, etc., et enfin, carie du collet, même profonde.

Combien de ces lésions n'ont-elles pas d'autre raison d'être que de nous permettre de nous en constituer chaque jour les chirurgiens heureux !

Toutes ces lésions du collet sont par elles-mêmes bien autrement importantes que celle que peut produire, sur un minuscule parcours, le rapide passage d'un minuscule bistouri ou ciseau aseptique, pour effectuer le décolletage nécessité par le bord incertain d'une racine, c'est-à-dire d'un organe non intact.

Et lorsqu'on songe que c'est par une semi-aveugle et toute brutale pénétration d'excavateur ou de fraise plus ou moins striée que l'on traite la plus fréquente de ces lésions, la carie du collet ; et que c'est au moyen d'une obturation, bien faite, sans doute, mais qui n'en constitue pas moins la présence d'un corps étranger, que l'on remédie rationnellement à cette

affection, pour conserver l'intégrité « suffisante » de l'organe tout entier et rétablir la santé du ligament qui l'entoure : considérerons-nous comme menaçante cette intégrité relative, comme nuisible, irrationnelle, la délicate intervention du décolletage mesuré et précis et la présence d'une bague aseptique minuscule, parfaitement incrustée sur une surface judicieusement préparée complétant ou remplaçant le cément en ses points affaiblis ou absents ?

— Mais, s'il importe, d'une part, de nous attacher à conserver autant que possible l'intégrité du cément et du ligament, il n'est pas moins nécessaire, pour la conservation de la racine, de chercher à maintenir, d'autre part, l'intégrité de ce que ces tissus nourriciers et protecteurs sont exposés eux-mêmes à ne plus nourrir ou à ne plus protéger.

Il est nécessaire, en un mot, de remédier à ces différentes expositions pathologiques, de parer aux effets des deux processus que nous avons vus susceptibles de concourir à la perte d'une racine abandonnée à elle-même. C'est-à-dire qu'après avoir passé en revue toute l'existence d'une racine, nous nous voyons obligés d'arriver à une question de thérapeutique, de prophylaxie.

Le coiffage avec frette est le traitement qui répond à cette question : les tissus restants ont besoin d'être protégés à leur collet pour être conservés avec sécurité.

Et si, théoriquement, il devait en être autrement, combien de fois ne nous a-t-il pas été donné de rencontrer, sous une couronne *bien* ajustée sans bague, quelques années après son scellement, une excavation quelquefois très profonde, infectée, infectante et progressive !

La longue durée des dents à pivot scellées sans coiffage existe certes, mais cela ne peut se produire que sur des dents intactes, normalement constituées et avec des couronnes parfaitement ajustées.

Nous avons vu dans quelles proportions il fallait compter sur leur constitution normale. De plus, les dents peuvent-elles être toujours ajustées avec perfection et les racines toujours intactes et inaltérables ? D'ailleurs, les organes

que nous sommes appelés à reconstituer sont le plus souvent détériorés. Nous ne coiffons pas que des racines saines et nous avons plutôt à reconstituer des organes mutilés qui ont été des racines abandonnées à elles-mêmes, dont le bord altéré et plus ou moins déchiqueté nécessite des bagues plus ou moins hautes, suivant la profondeur de l'atteinte.

Du reste, nous n'ignorons pas combien la carie du collet récidive avec facilité, même traitée avec soin. Au contraire, c'est une constatation générale et indiscutée que l'application des couronnes métalliques complètes donne pour la conservation des organes en ruine qu'elles reconstituent des résultats excellents. Or, une bague n'est pas autre chose que la partie inférieure d'une couronne surmontée d'un ouvrage plus artistique et les bons résultats des couronnes sont précisément dus à cette partie préservatrice des tissus au collet.

— Toutes ces considérations bien mises en relief, le but du coiffage apparaît donc maintenant très nettement, ainsi que les conditions de son exécution dans toute leur délicatesse. Il n'est pas exact de dire que l'on coiffe les dents uniquement pour faire « tenir » les travaux d'art érigés dessus. Sans doute, ce peut être là le seul but entrevu des premiers praticiens qui donnèrent naissance à cet ingénieux moyen de rétention. Mais, indépendamment de cette très importante fonction mécanique, l'application de la frette vise à un but de thérapeutique chirurgicale : la conservation de la dent, en rendant intégralement sain et résistant, d'une façon artificielle, un organe devenu anormal ou exposé.

Comme toutes les opérations, celle du coiffage comprend un sacrifice partiel, le décolletage : sème pour récolter ; donc, sème légitimement.

Mais dans l'opération raisonnée du coiffage il ne suffit pas de produire un décolletage quelconque, aveugle. Quel que soit l'instrument préféré pour cela, il importe d'agir méthodiquement : il faut, en bon chirurgien, se garder d'enlever trop de matière, en profondeur comme en épaisseur : il faut ménager les tissus.

Car, si rien n'est plus facile que de fretter une dent d'une façon quelconque, il n'en est pas de même de l'opération délicate qu'est ce travail minutieusement conduit et fait avec assez de soin pour pouvoir appliquer avec précision la minuscule frette qui convient. Car nous ne demandons pas d'autre protection « suffisante », et point n'est besoin de ces gaines profondes dont on accable quelquefois ce procédé ou sa description. Le but qu'il se propose d'obtenir — la juxtaposition de la frette et du rebord plus épais et plus résistant du cément — doit conduire l'opérateur, sans que ce moyen thérapeutique du frettage lui laisse perdre de vue les conditions physiologiques qui le régissent pas plus que les points de vue mécanique et esthétique.

Ce n'est pas ici la place de décrire la technique, sur laquelle j'ai d'ailleurs insisté jadis, à propos de la présentation d'un appareil-fretteur[1].

Quel que soit d'ailleurs l'instrument employé, il suffira de rappeler qu'en observant toutes les conditions indiquées précédemment, il faudra en même temps veiller à ce que la racine soit bien préparée, à bords parallèles ; la frette bien ajustée, ni rugueuse, ni poreuse ; la substance de scellement non dépassante ; la frette en métal fin, or ou platine, et poli, évitant toute solution de continuité et toute allure de corps étranger.

— Et maintenant nous pouvons nous poser la question : Cette opération de coiffage fretté (décolletage et frettage) constitue-t-elle une opération qui est une erreur ou qui est légitime ?

Logiquement, cette légitimité doit se déduire tout entière en conclusion des trois points suivants, qui résument eux-mêmes toute l'étude qui précède :

1° Une dent à pulpe morte, une racine, peut subsister après que l'intégrité de son ligament ou de son cément a été entamée par une lésion au collet ;

---

1. V. Congrès de Grenoble, A. F. A. S., août 1904 et Journal *L'Odontologie*, 1904.

2° On peut obtenir la guérison de cette atteinte;

3° On peut, on doit en prévenir l'apparition.

Donc, si l'usage de la bague est parti d'une pratique empirique il relève d'une thérapeutique rationnelle.

Outre ses avantages mécaniques indiscutés, et loin d'être un agent favorable à la destruction des racines, le coiffage avec frette, faisant office de couronne métallique, n'est jamais nuisible à la conservation des racines : il lui est toujours utile et souvent nécessaire.

ÉTUDE SUR LA NOVOCAÏNE

Par M. A. Thioly-Regard (de Genève), D. E. D. P.

Il y a bientôt deux ans que l'usine de produits chimiques Meister Lucius et Brüning, à Höchst sur le Main, a proposé à la profession un nouvel anesthésique local, la novocaïne. Pendant ces deux années, un certain nombre de dentistes ont éprouvé avec succès les propriétés anesthésiques de cette substance, à tel point que beaucoup ont complètement délaissé la cocaïne.

La novocaïne, ou chlorhydrate de paraminobenzoyl-diéthylamino-éthanol, est un alcaloïde de synthèse découvert par Einhorn. Il est sept fois moins toxique que la cocaïne ; il n'influe ni sur la circulation, ni sur la respiration.

La novocaïne est soluble dans l'eau à 1 pour 1 et la solution peut être stérilisée par l'ébullition, cette ébullition ne lui faisant subir aucun préjudice.

D'après les expériences pharmacologiques de J. Bieberfeld, la novocaïne est trois fois moins toxique que la stovaïne.

Le D[r] H. Braun, de Leipzig, l'a expérimentée avec succès dans une quantité d'opérations chirurgicales, telles que : ablation de cancers, uranoplastie et staphylorraphie, gastrotomie, entérostomie, laparotomie, dans des cas de péritonites tuberculeuses, de castrations et d'extractions dentaires, etc.

Il a souvent utilisé des injections sous-cutanées de 0,25 centig. de novocaïne en solution à 2 0/0 sans remarquer aucun signe d'intoxication.

Les D[rs] Danielson et Schmidt par la méthode d'infiltration ont anesthésié des régions avec des solutions de 1 à 2 0/0 et même ils sont allés pour des anesthésies de muqueuses buccales et linguales jusqu'à employer des solutions de 5 à 10 0/0. Dans les cas extrêmes, la dose peut varier entre 0,01 centig. et 0,10 centig. de novocaïne.

Pour les extractions dentaires B. Sachse emploie une solution de novocaïne à 2 o/o, on peut injecter 1 à 5 centimètres cubes de cette solution conjointement avec quantité suffisante d'adrénaline à 1 : 1000. Pour l'anesthésie de la dentine, la séparation, le limage des dents et la résection de l'apex de la racine, une solution de 1 o/o suffit.

Par l'absence d'irritation, la novocaïne est un anesthésique idéal, on ne remarque jamais d'eschares des tissus.

Le Dr Julius Misch, dentiste à Berlin, sur 300 observations d'injections de novocaïne en combinaison avec l'adrénaline, aussi bien pour l'anesthésie de la dentine que pour l'extraction des racines dentaires, n'a jamais eu l'occasion de voir les patients se plaindre de sensations douloureuses pendant l'injection ou d'observer quelque dommage du côté des tissus gingivaux. Même dans les tissus enflammés l'action anesthétique de ce produit est sûre et bien suffisante.

Ribarfeld affirme que la novocaïne non seulement n'affaiblit pas l'action de l'adrénaline, mais au contraire l'augmente.

Les expériences de Heinecke et de Löwen sont venues confirmer cette appréciation ; l'anesthésie par la novocaïne est prolongée par l'adjonction de l'adrénaline ; la novocaïne n'influe en aucune façon sur les propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline.

Avec une solution faible de novocaïne, la durée de l'anesthésie est plus prolongée qu'avec une dose plus élevée de cocaïne.

L'ischémie de la gencive n'est pas aussi accentuée qu'avec la cocaïne. Sachse a reconnu que les plaies d'extractions saignent davantage. Misch a pu vérifier que les alvéoles ne sont pas aussi exsangues avec la novocaïne-adrénaline que cela se présente visiblement avec la cocaïne-adrénaline.

Ces remarques sont très importantes, parce qu'une anesthésie combinée avec une anémie extensive prolongée est

dangereuse pour les tissus et pour les organes dépendant de leur circulation sanguine.

Il y a tout particulièrement lieu d'insister sur le danger que les injections d'adrénaline et cocaïne peuvent déterminer sur le périoste et la pulpe, tandis qu'avec la novocaïne-adrénaline le danger de la mortification de ces tissus est beaucoup atténué.

Ad. Witzel a publié une note dans laquelle il estime qu'un arrêt de la circulation pendant une heure peut porter préjudice à la vitalité de la pulpe.

L'adrénaline en solution à 1 pour 1000, ajoutée à la dose de 1 à 3 gouttes par centimètre cube de solution anesthésique, est trop forte ; il suffira pour obtenir une anesthésie convenable de se baser sur 1 goutte de solution d'adrénaline à 1 pour 4000 par centimètre cube de novocaïne ; l'injection d'une semblable solution pourra procurer une anesthésie d'une durée de 1/2 heure à 3/4 d'heure.

Le Dr J. Misch utilise pour 1 cmc. de solution de novocaïne seulement 0,000012 (12 cent millième) d'adrénaline, tandis que beaucoup de préparations ont primitivement contenu 2 gouttes d'une solution à 1 pour 1000 soit 0,0001 (1 dix-millième d'adrénaline).

Dans les expériences qui peuvent être tentées avec des injections anesthésiques, il ne faut jamais perdre de vue la conservation de la pulpe, si l'on cherche à obtenir l'anesthésie de la dentine ; de même lors d'une extraction dentaire, il faut respecter la vitalité des pulpes des dents voisines ; celles-ci perdent toujours plus ou moins de leur sensibilité, mais la réaction s'opère généralement dans l'espace de 12 à 50 minutes ; cependant dans certains cas, suivant la quantité d'adrénaline, cette anesthésie peut se prolonger pendant quelques heures. Par conséquent le danger de la destruction de la pulpe au cours d'une anesthésie locale est en rapport direct avec la quantité d'adrénaline contenue dans la solution. Donc plus la contenance d'adrénaline sera faible, moins il y aura à craindre du côté de la pulpe. En somme il ne faut pas dépasser la dose d'une

goutte d'adrénaline boriquée à la concentration de 1 pour 4000 par centimètre cube ; cette dose suffit pour qu'une anesthésie ne se prolonge pas au delà de 3/4 d'heure.

Le procédé opératoire pour les injections de novocaïne dans l'art dentaire, est le même que pour les autres anesthésiques locaux.

Cieszinski est d'avis qu'il est possible d'anesthésier en même temps les deux côtés du maxillaire. Cependant il vaut mieux éviter de produire l'anesthésie de tout le maxillaire. Misch et Berten tiennent pour suffisant de procéder seulement aux extractions sur une moitié du maxillaire.

Dans la plupart des cas, pour les extractions dentaires, la solution 1 o/o est suffisante, cependant dans les cas douteux et compliqués du maxillaire inférieur la solution 2 o/o pourra être employée conjointement avec 3 gouttes de solution 1 pour 4000 d'adrénaline pour 2 centimètres cubes. Même dans les cas de dents atteintes de péricémentite avec infiltration gingivale, Misch a obtenu une anesthésie complète absolue avec cette solution.

La position horizontale du patient, réclamée pour les injections de cocaïne, n'est pas nécessairement indiquée pour la novocaïne ; cependant par mesure de précaution elle sera recommandée pour une injection forte et prolongée.

Lorsqu'il s'agira de racines ébranlées, d'essais de bagues pour couronnes au collet des racines, ou pour obtenir une anesthésie de la muqueuse, il suffira de procéder à un simple badigeonnage avec une solution de novocaïne à 10 o/o.

Misch a fait de nombreuses injections gingivales avec les deux solutions suivantes :

A) Novocaïne 0,10 ctg.
Solution physiologique salée 10,°°.
Adrénaline boriquée (1 : 4000) X gouttes.

B) Novocaïne 0,10 ctg.
Solution physiologique salée 5,°°.
Adrénaline boriquée (1 : 4000) V gouttes.

Eventuellement il peut être ajouté une goutte supplé-

mentaire de la solution d'adrénaline boriquée pour la solution de novocaïne de deux centimètres cubes.

Au cours de ses expériences Misch n'a remarqué ni période d'excitation ni syncope.

Il est également bon de retenir que si la plupart des auteurs ont accusé la cocaïne de provoquer parfois des douleurs post-opératoires, souvent désagréables et d'une durée plus ou moins longue, avec la novocaïne, ces symptômes douloureux ne se sont montrés que fort rarement et avec beaucoup moins de violence.

Il est vrai d'ajouter que ces douleurs qui se montraient après des injections anesthésiques, étaient surtout plus fréquentes au moment de la période d'essai ; l'adrénaline était alors moins parcimonieusement administrée qu'aujourd'hui.

Pour préparer une injection de novocaïne-adrénaline, on prend de la novocaïne pulvérisée dont on fait dissoudre la quantité nécessaire dans de l'eau distillée et stérilisée par l'ébullition, à laquelle on ajoute le nombre prévu de gouttes de la solution d'adrénaline.

Il est recommandé de conserver une petite quantité de la solution d'adrénaline dans un petit flacon coloré en brun, fermé avec un bouchon en caoutchouc, dont on prend la dose nécessaire au fur et à mesure des besoins à l'aide d'une pipette en verre.

Les solutions de novocaïne peuvent se conserver très longtemps et supporter plusieurs ébullitions stérilisantes ; pourtant les solutions préparées depuis un certain temps doivent être minutieusement filtrées.

Les seringues et aiguilles à injections qui sont stérilisées avec des solutions sodiques, devront être toujours soigneusement détergées avec la solution physiologique salée, car la soude décompose la novocaïne.

D'après Liebl, la novocaïne est un succédané non toxique de la cocaïne, elle se comporte d'une façon idéale avec l'adrénaline, il insiste sur l'absence d'excitation, les résultats les plus satisfaisants sont obtenus lorsque les injections

sont pratiquées avec des solutions novocaïne-adrénaline fraîchement préparées.

La fabrique Meister Lucius et Brüning, à Höchst sur le Main, après de nombreux essais a mis en vente pour l'usage dentaire, des ampoules et des tablettes de novocaïne-adrénaline.

Les tablettes dissoutes dans 1 ccm. d'eau distillée et bouillie donnent une solution à 2 o/o, elles ne contiennent plus que 0,000015 (quinze cent millième d'adrénaline) au lieu de 0,00009 (neuf cent millième) dose primitive ; ce qui fait que chaque centimètre cube d'une solution 2 o/o de novocaïne-adrénaline boriquée contient une goutte d'une solution d'adrénaline à 1 pour 4000.

M. le Dr C. E. Markess, propriétaire de la pharmacie Sevogel, à Bâle, a également établi des tablettes anesthésiques d'après les données de notre collègue M. Dill.

Ces tablettes sont composées de :

Novocaïne......	0,02 cent.
Adrénaline.....	0,00001.
Pour une solution de 1 ccm.	

La fabrique de préparations spéciales dentaires pharmaceutiques et chimiques du Dr Acker, de Karlsruhe, livrent aussi sous le nom d'Apathine-Tablettes sorte I, des tablettes contenant :

Novocaïne...	0,02 cent.
Adrénaline...	0,00001.
Sel..........	0,009

Tous ces produits ont été largement mis à l'épreuve et ils ont parfaitement rempli le rôle anesthésique que nous étions en droit d'attendre d'eux, cependant l'anesthésie nous a paru un peu plus faible qu'avec le chlorhydrate de cocaïne.

Le Dr Paul Reynier dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* du 1er novembre 1907, en décrivant le résultat de ses expériences cliniques, rapporte que l'action anesthésique de la novocaïne est un peu moins marquée que celle obtenue avec la cocaïne, mais par contre son pou-

voir toxique est beaucoup plus faible que celui des dérivés de la cocaïne et de la stovaïne. L'anesthésie avec la novocaïne lui a paru être d'une durée assez longue tout en étant exempte de danger, cette substance injectée en solution ne déterminant aucune période d'excitation, est de plus facilement stérilisable.

En outre la novocaïne pulvérisée, a été préconisée à juste titre comme substance anesthésiante : par exemple elle sera incorporée dans les pâtes arsenicales pour détruire la pulpe, de même on l'utilisera largement pour combattre les douleurs des plaies enflammées. Pour les douleurs post-opératoires la novocaïne remplace avantageusement l'orthoforme, dans certains cas, ces deux substances pourront être associées, comme dans la formule suivante :

Rp. Novocaïne.
Orthoforme.... āā 2.50.
Xéroforme .... 5,00.
Vaseline q. s. pour faire une pâte molle.

dont on pourra à la rigueur en remettre une petite portion au patient.

Le Dr G. Feischer, de Hanovre, a présenté le 3 février 1907 à la Société dentaire saxonne un très intéressant travail sur l'anesthésie au service de la thérapie de l'inflammation. Au nombre des méthodes et des substances décrites pour combattre les douleurs inflammatoires et produire des guérisons rapides de plaies infectées, il s'étend surtout sur les propriétés anesthésiques de la novocaïne. Il mentionne de nombreux cas de traitements de douleurs post-opératoires procédés en désinfectant la plaie avec des lavages à l'eau oxygénée et solution de chlorphénol à 10 0/0, puis en appliquant une couche de novocaïne de 1 à 2 millimètres d'épaisseur maintenue à l'aide d'un tampon de gaze iodoformée. Même dans les cas compliqués, la guérison a été obtenue au bout de quatre séances, de cette application de novocaïne, renouvelée chaque jour, et pouvant sans danger s'élever jusqu'à la dose de 1 gramme par pansement.

Parmi les nombreux praticiens qui ont mentionné les

résultats favorables des pansements désinfectants associés à la novocaïne, le Dr Kirchner s'est déclaré très optimiste au sujet de la guérison de la pulpite prise au début et traitée à l'aide de la novocaïne. Sa méthode décrite dans la « Deutschen Zahnärztliche Wochenschrift » peut se résumer comme suit : pour excaver la cavité de la carie, il est indispensable de se servir de curettes en forme de cuiller, afin de pouvoir enlever la dentine ramollie, sans courir le risque de ruginer la pulpe. Après la désinfection, à l'aide de l'eau oxygénée à 3 0/0, il sera appliqué dans le fond de la cavité, directement sur la pulpe, de la novocaïne mélangée avec de l'eau distillée et stérilisée, sous forme de pâte molle, en ayant soin d'éviter de faire pression ; la cavité sera obturée provisoirement avec de la dentine artificielle de Fletscher ou du Clautum. La douleur cesse au bout de quelques minutes.

Ce pansement peut se renouveler après un ou deux jours, le dernier pansement pourra rester en place deux ou trois jours. Si aucune douleur ne s'est manifestée, le coiffage de la pulpe et l'obturation se feront comme à l'ordinaire. Kirchner a aussi employé la novocaïne pour insensibiliser la dentine, et pour traiter des plaies douloureuses déterminées par des extractions laborieuses de racines infectées.

D'après l'étude très rapide que nous venons de faire concernant les propriétés favorables de la novocaïne, il est permis de conclure, que, sans vouloir prétendre que cet anesthésique est appelé à totalement remplacer la cocaïne, en tout cas, il en restreindra l'emploi d'une façon notable. A propos de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'insister sur le fait que la novocaïne devra remplacer le chlorhydrate de cocaïne toutes les fois qu'il s'agira non pas d'extractions dentaires, mais d'obtenir une anesthésie dentinaire ou pulpaire, selon le procédé Touchard, soit pour rendre insensible la dentine, soit pour extirper la pulpe.

Dans une des dernières séances de la Société Odontologique de Genève, M. A. Bardet, l'inventeur du stérilisateur pour seringue hypodermique, a fait part à ses confrères du

résultat de ses recherches à propos d'un liquide désinfectant idéal, dans lequel la seringue et l'aiguille peuvent rester désinfectées, en permanence sans subir aucune détérioration.

La solution qu'il recommande se compose :

D'eau de chaux........................	1 litre.
Trikrésol............................	20 grammes.

L'eau de chaux se prépare en faisant dissoudre 2 grammes de chaux éteinte dans un litre d'eau distillée ; agiter souvent pendant un ou deux jours ; filtrer et ajouter le trikrésol.

REVUE DE L'ÉTRANGER

INLAYS D'OR OU D'AUTRES MATIÈRES

(Procédé TAGGART, de Chicago.)

La dernière application de l'air comprimé en dentisterie a été faite à la construction des inlays d'or.

Le procédé consiste essentiellement à confectionner un inlay de cire dans la cavité, à l'enlever et à l'enchâsser dans un revêtement de matière non fusible, à brûler la cire et à couler de l'or fondu dans la cavité ainsi formée au moyen de l'air comprimé.

On prépare la cavité comme pour un inlay de porcelaine. On y enfonce une espèce spéciale de cire dure ou de laque dentaire en quantité suffisante non seulement pour la remplir, mais encore, si elle s'étend à la face occlusale, pour recevoir l'empreinte de la dent antagoniste. Après durcissement au moyen d'un jet d'eau froide, on enlève cet inlay de cire et on le débarrasse de toute matière superflue. On le réintroduit dans la cavité, on le taille suivant la forme et les contours, et l'on vérifie l'articulation. On chauffe un fil métallique court et on l'enfonce dans une partie découverte de la cire pour enlever et tenir l'inlay, puis on entoure soigneusement d'un mélange mou de matière à revêtement toute la surface de la cire en la badigeonnant avec une brosse en poil de chameau ou avec un crayon pour éviter les bulles d'air qui seraient funestes pour le résultat désiré.

On ajoute suffisamment de revêtement pour former une masse arrondie ou oblongue de la grosseur d'une cerise. Après durcissement partiel et pendant que la masse est encore humide, on place un anneau de laiton lourd, de 37 mm. de diamètre environ, sur une plaque de métal et on le remplit presque avec une matière à revêtement préparée pour cela. On y introduit le petit revêtement primitif avec la tige de métal dépassant vers le haut.

Après durcissement suffisant la tige de métal est chauffée et retirée et le sommet du revêtement est taillé en forme de cône avec le petit trou comme centre.

A ce moment on a un revêtement solide dans lequel l'inlay de cire est complètement enchâssé, avec le trou de la tige pour servir de conduit. On chauffe lentement la masse sur un support au-dessus d'un brûleur à gaz pour fondre la cire, en laissant ainsi un espace central de la forme exacte de l'inlay à obtenir.

Il ne reste plus qu'à fondre un morceau d'or de titre convenable et à l'introduire dans la cavité qui est au centre du revêtement.

Cette partie de l'opération serait très difficile, sinon impossible sans le procédé Taggart, qui consiste à employer une presse spéciale, un cylindre de protoxyde d'azote et un petit récipient

d'air comprimé avec une pression d'environ 50 livres par 25 mm. q.

Quand le revêtement dans l'anneau de laiton est suffisamment chauffé, on le place sur la petite plaque de la presse, le morceau d'or posé dans la dépression en forme de cône et une flamme oxhydrique dirigée dessus pour amener la fusion complète. La flamme et la force nécessaire pour la produire s'obtiennent par le procédé ordinaire en reliant un chalumeau de laboratoire par un tuyau de caoutchouc au cylindre à gaz et à une soupape de gaz d'éclairage ordinaire.

Quand le morceau d'or est complètement fondu, un mouvement de levier tourne le chalumeau, amène une plaque en contact avec le haut de l'anneau de revêtement et ouvre une petite soupape reliée au cylindre à air comprimé. L'air en se précipitant chasse l'or fondu par la petite ouverture dans toutes les parties du moule, ce qui complète l'opération. Tout cela se fait si rapidement par un mouvement de la main sur le levier que le moule est rempli avant que l'or fondu ait eu le temps de perdre de sa chaleur et on obtient une coulée parfaite.

Non seulement la masse fondue est repoussée dans le moule par la formidable pression de l'air, mais elle y est maintenue sous pression jusqu'à ce qu'elle soit refroidie, ce qui empêche tout retrait pendant le refrodissement.

L'inlay enlevé de son revêtement, il ne reste qu'à polir la surface extérieure et à cimenter en place à la manière ordinaire. L'ajustage de l'inlay semble parfait, car il est établi par deux inlays confectionnés séparément et s'adaptant également bien à la même cavité.

La possibilité de l'air de refouler le métal dans les parties les plus reculées a été prouvée par M. Taggart, en faisant un moulage d'or reproduisant un filament de cire noué par double nœud.

Le modèle de cire fut mis dans le revêtement comme un inlay de cire et le procédé décrit fut appliqué. Il n'y eut pas une bulle. M. Taggart montra aux assistants une petite plaque d'or partielle avec crampons et avec contre-plaque pour la fixation d'une dent, le tout coulé en une pièce.

L'invention de M. Taggart tend à révolutionner le procédé de confection des inlays d'or, parce qu'elle possède les avantages suivants :

1° Elle supprime la confection d'une matrice ;

2° La confection du modèle de cire n'exige pas d'habileté, mais seulement du soin ;

3° L'inlay coulé est la reproduction exacte de la cire et s'adapte à la cavité presque à la perfection ;

4° La surface du côté de l'inlay facilite l'adhérence au ciment ;

5° L'absence de soudure donne une masse homogène qui ne change pas de couleur dans la bouche ;

6° Simplicité et rapidité de l'opération ;

7° Adaptation parfaite dans tous les cas.

(Guilford, *Stomatologist.*)

PROTÉGEONS NOS YEUX

D'après M. SENN, de Zurich.

Voici l'opinion de M. Senn, sur le danger que courent nos yeux et comment on doit les protéger.

Déjà en septembre 1901 au Congrès de Méran, à propos du traitement de la pyorrhée alvéolaire et du nettoyage du tartre, il avait attiré l'attention sur la nécessité de porter des lunettes protectrices. Depuis il a pris connaissance d'un certain nombre de cas d'affections oculaires, légères ou graves survenues au cours d'opérations dentaires qui l'ont décidé de reprendre la question, d'une façon plus positive et pratique.

Dans la *Neue zurcher zeitung* du 8 mai 1906, on pouvait lire le fait divers suivant : « Un accident très grave est survenu à M. le Dr méd. L. P., à E. Le mercredi précédent en extrayant une dent à un jeune homme, un débris de la dent lui sauta directement dans l'œil. Il se déclara immédiatement une infection microbienne, laquelle, d'après l'avis d'un médecin-oculiste, serait assez dangereuse. Depuis ce moment le Dr P. est condamné à subir un traitement sévère, et tout travail lui est formellement interdit pour un temps assez long. »

Par une curieuse coïncidence, ce Dr P. est membre fondateur et président de l'Association Suisse pour le bien des aveugles. Quelques jours plus tard M. Senn entendit parler d'un cas analogue survenu à un autre médecin. Il écrivit à ces deux praticiens afin de leur demander quelques renseignements et voici les réponses qu'il reçut au sujet des questions qu'il leur avait posées :

1° Portez-vous habituellement des lunettes ?

2° Portiez-vous des lunettes lors de l'accident ?

3° Pensez-vous que le fait de porter des lunettes avec verres en forme de coquilles pourraient préserver de tels accidents ?

a) Le Dr P. répondit en ces termes :

« Je procède souvent à des extractions dentaires et je me sers à cet effet de daviers anglais. Souvent déjà, de petits morceaux de dents m'étaient sauté au visage, mais jamais avec assez de force pour m'occasionner quelque lésion.

Lors de mon accident, le patient était placé dans une position assez basse, il était ivre, et d'une nature quelque peu primitive. Chaque fois que j'approchais mon davier, il fermait la bouche. C'était un jour de marché et comme j'étais un peu pressé, je ne saisis pas la dent d'une façon suffisamment profonde, de sorte que la couronne se brisa et me sauta avec violence dans l'œil. La dent devait être imprégnée de

matières très virulentes, car malgré le nettoyage et une désinfection immédiate, il se déclara une rapide ulcération. L'accident m'était survenu le mercredi 2 mai 1906 et déjà le dimanche, la perforation de la cornée était consommée, bien que je me sois immédiatement rendu auprès d'un spécialiste, qui me traita selon les règles de l'art.

Malheureusement le jour de l'accident je ne portais pas de lunettes protectrices. Je suis un peu myope et je conviens que j'ai pu m'approcher davantage qu'à l'ordinaire du patient pendant l'opération. Je me contentai jusqu'à ce moment d'utiliser un pince-nez, au cours de mes sorties.

Actuellement, il n'en est plus de même, je porte continuellement pendant mes consultations des lunettes protectrices, il est vrai qu'il est un peu tard, maintenant que j'ai perdu l'œil droit, et que l'autre a couru le danger d'être également perdu par ophtalmie sympathique.

Un cas presque identique est parvenu depuis à ma connaissance ; le Dr J. St., à K., m'a raconté que lors d'une extraction dentaire, un éclat de la dent ayant sauté sur sa paupière supérieure, lui occasionna une plaie hémorragique.

Un autre accident semblable au mien, cependant moins grave avec terminaison satisfaisante, est arrivé il y a quelques semaines au Dr M., à W.

Enfin, j'ai appris qu'à l'hôpital de Lausanne, un assistant en chirurgie avait dû supporter l'énucléation d'un œil à la suite d'une blessure produite par une esquille osseuse qui avait sauté au cours d'une opération. »

b) Le Dr R. M. méd. prat. a répondu comme suit :

« Me rangeant à votre désir, je m'empresse de vous communiquer les renseignements suivants à propos de mon accident.

Au cours de l'extraction d'une canine inférieure fortement cariée, opérée à l'aide du davier recourbé à angle droit, au moment de la luxation, la dent s'échappa des mors du davier et me sauta dans l'œil avec une violence extrême, à la région inférieure de la cornée, d'une telle façon que la partie aiguë et cariée de la couronne détermina une fissure du limbe de la cornée. J'éprouvai à cet instant une douleur tellement intense que je laissai tomber le davier de ma main.

Après avoir lavé l'œil avec de l'eau fraîche, je vérifiai à l'aide du miroir à main que la lésion n'était pas aussi visible que je me l'étais imaginé et ne remarquant aucun changement dans le pouvoir visuel, je me remis au travail.

Cependant au bout d'une heure, l'œil devint de plus en plus douloureux, à tel point que je me crus obligé d'appliquer des compresses froides, lesquelles n'atténuèrent pas sensiblement la douleur, qui au contraire devint intensive, et après 36 heures, il se manifesta une forte infiltration du segment inférieur de la cornée, puis 12 heures plus tard

un petit écoulement purulent, alors je n'hésitai pas à recourir aux bons soins d'un spécialiste. L'infection aiguë de la fissure et du voisinage de la cornée fut heureusement combattue, mais je n'eus pas moins à supporter une incapacité de travail d'une durée de quatorze jours pleins et de dix demi-journées.

Depuis cet accident, lorsque j'opère des extractions je porte non pas des lunettes ordinaires, mais de fortes lunettes protectrices dont les verres forts, épais et larges, garantissent très sûrement les yeux.

Les lunettes ordinaires ne protègent pas assez les yeux, ceux-ci ne sont pas assez recouverts et de plus les verres sont trop faibles. Je puis citer un cas, où une dent cassée en sautant contre un verre de lunettes, le réduisit en miettes, sans cependant que l'œil eut à supporter aucun préjudice. Une autre fois, la vitre d'une fenêtre fut cassée.

En terminant, si je puis encore vous être utile à propos de ce sujet, c'est avec plaisir que je me mettrai à votre disposition. »

Après la production de ces deux lettres, M. Senn ajoute que l'on pourrait citer plusieurs cas semblables, mais il ne croit pas devoir insister davantage, cela ne lui semble pas nécessaire, la preuve est faite pour démontrer combien les opérations dentaires sont dangereuses pour les yeux.

A côté de plusieurs de ces cas où des lésions oculaires ont été fâcheusement produites, on pourrait en mentionner d'autres où des verres de lunettes furent brisés heureusement sans accidents pour les yeux. A propos de ce dernier point, un certain nombre de médecins-oculistes questionnés ont déclaré n'avoir jamais eu à soigner de lésions oculaires en corrélation avec le bris de verres à lunettes.

Ce n'est pas seulement par les extractions ou dans l'ablation du tartre qu'il y a du danger pour les yeux non protégés, mais encore pour toutes les autres opérations dentaires, particulièrement dans les résections de fragments de dents. Un collègue en curettant un peu trop fortement une dent cariée reçut dans l'œil un petit éclat d'émail. Tous les cas accidentels qui peuvent survenir, s'ils n'ont généralement pas une terminaison tragique, n'en sont pas moins une cause d'incapacité de travail d'une durée variable de deux à quatre semaines.

Il y a également lieu de réfléchir qu'il n'y a pas rien que des lésions directes et immédiates à craindre, mais il se peut encore que des matières septiques dans un accès de toux soient lancées dans les yeux par des patients atteints de maladies infectieuses.

Un bactériologiste fit part à M. Senn d'une expérience tentée sur un animal. Ayant instillé une goutte de culture de la peste sur la conjonctive macroscopiquement normale, c'est-à-dire sans lésion apparente, cet animal succomba à cette maladie.

Les yeux ne peuvent-ils pas être également atteints par des médi-

caments, des solutions caustiques parfois administrés en injections.

Est-il encore nécessaire d'attirer l'attention de l'opérateur sur le danger, pour les yeux non garantis, de l'emploi des instruments à doubles extrémités pointues ou tranchantes ; même avec des instruments qui pourraient paraître absolument inoffensifs, des lésions oculaires peuvent survenir à la suite d'un mouvement soudain et inconsidéré du patient.

En résumé, sans vouloir pousser plus loin les investigations, il est permis d'admettre que le danger pour notre vue est si fréquent, si varié que nous devons nous assurer de sa préservation, aussi bien pendant le travail au cabinet d'opération qu'au laboratoire, par l'usage de lunettes à gros verres en forme de coquilles. Et non seulement l'opérateur expérimenté doit devenir attentif à sa protection visuelle, mais encore et surtout le novice, le débutant et l'étudiant.

Si au premier instant le travail avec le secours des lunettes se trouve quelque peu gêné, au bout de quelques jours, lorsque l'habitude est prise, même la plus simple inspection de la bouche se fera avec plus de facilité et surtout de sécurité, d'autant plus que le pouvoir visuel sera amélioré, car peu d'yeux sont normaux, il arrive souvent, sans que l'on s'en doute, que le pouvoir visuel de l'œil droit n'est pas exactement égal à celui de l'œil gauche. Par conséquent l'usage de lunettes au lieu d'être gênant est au contraire très avantageux. Du reste une consultation préliminaire d'un spécialiste n'est pas inutile.

A cause de sa grande mobilité, de son fréquent déplacement et de la fragilité des verres, le port d'un lorgnon n'est pas recommandé, mais bien plutôt des lunettes stables avec branches auriculo-temporales. Pour éviter la fatigue des yeux, il faut être attentif à ce que les cils ne touchent pas les verres et régler la distance visuelle comme la vue normale à environ 30 cm.

Il est important de ne pas négliger la question de la lumière ; un cabinet d'opérations doit être clair, avec les fenêtres tournées du côté nord, avec possibilité de pouvoir jeter de temps à autre un regard sur de la verdure et dans le lointain.

Pour le dentiste, l'importance de la vue est primordiale, et réclame de sa part une attention soutenue afin de la préserver tout en assurant sa durée ; il ne prolongera pas outre mesure le travail nocturne — il n'abusera pas des lectures et des écritures faites le soir à la lumière d'une lampe — séjour dans une atmosphère pure, à l'abri du vent et de la poussière — sport nautique et alpestre — sport d'hiver et de chasse, etc. Regarder au loin repose les yeux d'avoir fixé trop près.

Enfin M. Senn donne quelques conseils qu'il doit à l'obligeance d'un ophtalmologiste. La fatigue des yeux doit être combattue par des douches rafraîchissantes au moyen d'eau froide appliquées sur les

yeux FERMÉS. Il est inutile d'insister sur le fait que les yeux malades sont plus sensibles à la fatigue et plus disposés à souffrir les différentes causes inflammatoires dont ils peuvent être atteints, que les yeux sains.

En cas de lésions oculaires, ne pas employer des compresses réfrigérantes, mais appliquer un tampon de coton peu serré maintenu par un bandage de tour de tête et consulter de suite un spécialiste, ou s'il est impossible de recevoir des soins immédiats, l'œil doit être lavé avec de l'eau distillée ou avec une solution de sublimé à 1 : 5000, auparavant instiller quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 3 o/o.

Ne pas éloigner avec les doigts les corps étrangers introduits dans l'œil, mais utiliser une boulette de coton imbibée de la solution tiède de sublimé à 1 : 5000 ou d'acide borique à 3 o/o.

THIOLY-REGARD.

REVUE ANALYTIQUE

Considérations sur les causes des anomalies de la troisième molaire.

M. Solbrig étudie cette question et formule les remarques suivantes :

La plus fréquente et la plus intéressante anomalie de la troisième molaire est sa malposition. Nous sommes de l'avis de Burchard quand il dit : « Il est évident que des forces relativement légères peuvent modifier la direction de l'éruption des dents. » Cela est particulièrement vrai de la troisième molaire, car, n'étant que partiellement formée et n'étant entourée que d'un tissu lâche, elle est exposée aux influences de ces forces pendant plus longtemps que toutes les autres dents. Il est surprenant que ces irrégularités ne se produisent pas plus souvent, car l'émail de la troisième molaire occupe une position en arrière du maxillaire, qui subit des changements très étendus, se doublant en dimension de 3 à 21 ans ; malgré cela ce germe dentaire délicat se transforme d'ordinaire en une dent bien conformée et occupe sa position normale. Mais il me semble tout à fait impossible d'accepter la théorie de Burchard touchant la théorie de ces anomalies. Il dit en parlant de la troisième molaire : « Elle fait son éruption en dehors vers la joue, car c'est la région qui offre le moins de résistance. Les rapports du procès ptérygoïde et de l'os palatin avec la tubérosité constituent une voie offrant une résistance considérablement accrue, et l'éruption en avant est empêchée par la deuxième molaire, l'éruption en arrière par l'apophyse coronoïde. »

Nous ne pouvons admettre une théorie qui semble prétendre que la troisième molaire fait éruption dans la direction de moindre résistance. Cela conduirait à supposer que la dent a essayé toutes les autres directions avant de faire éruption et choisi le mouvement en dehors vers la joue. Ou bien faut-il penser qu'après avoir trouvé le procès ptérygoïde, l'os palatin et la deuxième molaire trop durs et résistants, elle s'en est détournée, en se contentant de la bande alvéolaire vers le dehors ? Nous savons que le pus d'un abcès suit ces lois et se fraye un chemin dans le sens de la moindre résistance, mais il n'en est pas ainsi quand il s'agit du processus d'éruption de la troisième molaire. Des exemples typiques des différents genres d'éruption vicieuse confirment l'exactitude du fait. La troisième molaire fait son éruption dans tous les sens, en dépit des difficultés, de l'obstruction et de la résistance. Si elle a par hasard une tendance, elle essaye de venir à sa place normale par

la même force vitale inhérente qui fait que les dents prennent en général leur position normale. Mais je répète que pendant la période de développement une influence peut détourner le germe dentaire qui se développe et fait éruption dans une position défectueuse, et ainsi l'anomalie ne sera exagérée qu'à mesure que les racines s'allongeront. La résorption de la couche corticale et même la disparition de la deuxième molaire ne forcent jamais la troisième molaire à prendre sa position normale. *(Dental Review.)*

Ossification du maxillaire inférieur chez l'homme.

M. Ed. Fawcett, de Bristol, étudie cette question dans un mémoire présenté à la section de stomatologie de l'Association médicale américaine et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'ossification du maxillaire n'est pas aussi complexe que d'aucuns le pensent, néanmoins elle comprend : *a*) le cartilage de Meckel à son extrémité antérieure ; *b*) la membrane à l'extérieur de ce cartilage ; *c*) au moins un cartilage accessoire dans le condyle, le collet et la base de l'apophyse coronoïde du maxillaire. Cette affirmation s'applique aux deux moitiés du maxillaire ;

2° L'ossification se produit d'abord dans la membrane entre le nerf mentonnier et la ligne médiane et s'étend en arrière jusqu'au nerf mentonnier. Puis elle commence dans le cartilage de Meckel vers la dixième semaine de la vie fœtale dans la région du trou mentonnier et s'étend graduellement en dedans. La partie du maxillaire qui est alors entre le trou mentonnier et la symphyse est d'une origine composée, car elle est en partie cartilagineuse, comme le dit Sutton. Finalement l'ossification a lieu dans la masse accessoire de cartilage dans le condyle et la base de l'apophyse coronoïde au troisième mois ;

3° Il n'y a pas de centres séparés dans la membrane pour l'apophyse coronoïde celle-ci étant une excroissance de la masse principale ;

4° Le bord alvéolaire interne se développe en deux parties par des prolongements de la masse principale et à deux périodes différentes. La partie située derrière le trou mentonnier apparaît la première et s'allonge d'avant en arrière ; la partie située devant apparaît plus tard et croît d'arrière en avant ;

5° Le canal qui sert aux nerfs est complété par la croissance de papilles d'un bord alvéolaire à l'autre, au-dessus du sommet des nerfs, le nerf mentonnier étant tout d'abord couvert, puis l'incisive et beaucoup plus tard le nerf dentaire près du foramen dentaire inférieur permanent ;

6° Les alvéoles deviennent osseux relativement tard, celui de la canine s'ossifiant le premier ;

7° Le cartilage de Meckel s'incorpore dans le maxillaire, antérieurement par le développement des feuillets supérieur et inférieur qui le recouvrent graduellement ; derrière le canal dentaire ces feuillets ne se rencontrent pas et, par conséquent le cartilage de Meckel n'est pas inclus dans le maxillaire, mais s'atrophie graduellement ;

8° Le cartilage de Meckel ne s'atrophie vraisemblablement pas pour former le ligament latéral interne du maxillaire. Ce ligament dans le

quatrième mois est nettement distinct et indépendant du cartilage de Meckel à la dissection. *(Dent. Dig.)*

Prophylaxie.

Beaucoup de praticiens sont désireux de soulager leurs patients et traitent la pyorrhée par des médicaments, et s'étonnent alors de ne pas avoir de résultats. La pyorrhée a toujours une cause, qui dans chaque cas est une irritation. Ce peut être un dépôt sur la dent s'étendant au-dessous du bord gingival. Ce dépôt d'une nature quelconque doit être enlevé avant de s'être étendu trop loin pour provoquer la formation du pus. La plus légère irritation du bord gingival doit être surveillée, que ce soit une rougeur du bord ou une tache rouge descendant au bas de la gencive jusqu'à ce qu'elle atteigne le sillon. Si on la laisse assez longtemps, il y aura un changement de forme et un dépôt dur, un anneau autour de la dent ; et ce sera bientôt en pyorrhée chronique. Il y a aussi la rétraction de la gencive, qui affecte beaucoup de bouches. Tout cela est le résultat d'irritations externes et doit être guéri par l'enlèvement de la cause. *(Dent. Dig.)*

Ce que l'Etat peut faire pour le dentiste.

M. Geo Cunningham examine dans un article ce que l'Etat peut faire pour le dentiste. L'Etat emploie déjà le dentiste dans l'armée, dans la marine, dans certaines écoles, les manufactures d'allumettes ; mais cela ne suffit pas, il peut et doit faire davantage. L'auteur se plaint surtout que, tout en reconnaissant la profession de dentiste, l'Etat charge le médecin d'organiser et de diriger le service dentaire. C'est un tort et jamais on obtiendra de bons résultats tant que les services dentaires ne seront pas organisés et dirigés par des dentistes. Si l'Etat recourt à eux, il doit leur laisser la responsabilité de ce qu'ils font. *(Brit. Dent. J.)*

Fourniture du platine.

Environ 90 o/o du platine consommé dans le monde entier sont fournis par la région russe de l'Oural. La valeur du platine a plus que doublé en dix ans : tandis qu'elle était de 6.200 roubles par poud (18 kilog.), elle était de 16.000 en 1901, de 17.300 en 1902, de 18.500 en 1903, de 21.000 en 1904, de 22.000 en janvier 1906 et de 34.000 en octobre 1906. Pendant ce temps, la quantité de métal exporté a augmenté sans cesse : c'est ainsi que pendant les six premiers mois de 1906 le total a été de 156 pouds, contre 48 et 82 respectivement pendant le même laps de temps en 1903 et 1904. (*Dent. Surg.*)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Obturation des grandes cavités dans les dents antérieures. — L'obturation de ces cavités peut se faire presque entièrement à partir du bord lingual et nous devons faire autant d'obturations de ce genre que nous pouvons. Il y a moins d'inconvénient à tailler dans la face linguale que dans la face labiale. Les partisans de la conservation de la substance de la dent dans ces cavités ne taillent pas au delà du point dangereux, sur la face linguale. C'est là une technique vicieuse et la violation des lois d'extension pour prévention. (*Dent.Rev.*)

Traitement de l'abcès alvéolaire. — C'est une erreur de faire durer des semaines le traitement d'une dent par la chambre pulpaire. Quand un abcès se forme autour d'une racine, il entoure presque toujours l'apex ; il détruit la membrane péridentaire autour des côtés de la dent ; par suite, le traitement par le canal n'aboutit pas au résultat que nous souhaitons et, quand il y a eu du pus pendant quelque temps on n'obtient pas de résultats satisfaisants avec le traitement par la chambre pulpaire. Dans ce cas pratiquer l'obturation de la racine, et, au besoin, faire une ouverture dans le procès alvéolaire.

Matrice pour tasser la porcelaine. — Plus le corps est dense, moins il y a de retrait. En construisant une grande couronne de molaire à finir avec un arrière, suivre le procédé suivant : les chevilles enfoncées solidement dans le support, couper une bande d'acier très mince et en entourer la coiffe, puis visser. Huiler la face interne de la matrice pour empêcher la porcelaine d'adhérer. On peut alors tasser le corps de la couronne très rapidement et très solidement, en absorbant l'humidité qui se montre à la surface de temps en temps avec du buvard. Construire assez haut pour permettre aux cuspides de faire saillie, puis desserrer la vis. Le ressort d'acier se dégage, laissant un beau contour général et une surface unie. Après avoir enlevé assez de plâtre des deux faces adjacentes pour laisser un sixième pour le retrait, placer la dent dans l'articulateur et sculpter les dents. Ajouter tous les contours voulus avec une brosse. Cette méthode économise du temps et amoindrit le retrait. (*Dent. Rev.*)

Réunion à la cire de deux fragments de plaque brisée. — Il est souvent difficile de réunir à la cire les deux morceaux d'une pla-

que brisée, surtout quand c'est un dentier inférieur partiel. En amollissant une plaque de cire comme celles dont se servent les fournisseurs pour monter les dents artificielles, en la plaçant sur une surface plate résistante, uue plaque de verre par exemple, on peut enfoncer la plaque brisée dans la cire, les dents en bas, en se servant des deux mains, pour maintenir les dents en position. Quand on lâche prise, les deux morceaux restent en place et l'on peut examiner attentivement et réunir à la cire. (*Dent. Rev.*)

Vernis pour modèles. — On peut enduire les modèles d'un vernis obtenu en dissolvant de la cire blanche dans de la térébenthine. (*Dentists Magazine.*)

Stérilisation des miroirs à bouche. — Laisser les miroirs dans l'alcool jusqu'à ce qu'on en ait besoin. Les laver alors à l'eau claire et sécher avec une serviette stérilisée. (*Dent. Rev.*)

Cause d'échec. — Bien des obturations qui ne réussiraient pas peuvent réussir si l'on meule un cuspide opposé. (*Dent. Era.*)

Pierres à stériliser, à polir et à meuler. — Les brosser avec de l'eau et du savon et une brosse plate, puis les plonger dans une solution à 5 o/o de formaline dans l'alcool. (*Tri-State Record.*)

Ajustage de la digue. — Si les gencives sont lavées avec de l'huile de trèfle avant de placer la digue, on diminue notablement la douleur qui accompagne l'application des clamps ou des ligatures. (*Dent. Magaz.*)

Dentine sensible. — Une solution saturée de carbonate de potasse dans la glycérine agit efficacement sur la dentine sensible. Appliquer dans la cavité sur du coton et laisser 10 à 15 minutes. Non toxique. (*Dent. Sum.*)

Enlèvement de l'étain des plaques. — On peut facilement enlever les petites particules d'étain adhérentes aux plaques de vulcanite en mélangeant du mercure avec assez d'alliage pour qu'il ne coule pas et en frottant sur la plaque avec les doigts. (*Dent. Brief.*)

Confection des modèles de plâtre dur. — Mélanger le plâtre de Paris avec 1/6 de son volume de chaux cuite pulvérisée. Quand le modèle est sec, le mettre dans une solution de 10 o/o de sulfate de zinc jusqu'à ce qu'il soit complètement saturé. Enlever et sécher. (*Dent. Era.*)

Obturation combinée. — En employant l'or mou, construire dans une couche de ciment mou, suivie d'une feuille cohésive et, s'il y a abrasion, en finissant avec une feuille d'or platiné, les qualités de chaque matière sont intensifiées et ses défauts amoindris. Le ciment est adhésif, l'or mou donne une adaptation exacte, l'or cohésif résiste à l'effort latéral dans le contour, et l'alliage d'or et de platine résiste à l'abrasion. (*West. Dent. J.*)

Prise des empreintes. — Chez les sujets extrêmement sensibles et

ayant facilement des nausées, éponger la bouche avec de l'eau oxygénée, puis appliquer une solution d'eucaïne à 3 o/o sur tout le palais. (*Texas Dent. J.*)

Emploi de l'adrénaline. — Neugebauer a eu plusieurs cas de gangrène localisée à la suite d'emploi de solutions auxquelles il avait été ajouté de l'adrénaline pour la méthode d'infiltration de l'anesthésie locale. Les sujets âgés y étaient particulièrement enclins. Il recommande donc de se défier de l'emploi de l'adrénaline chez les vieillards. (*Dent. Brief.*)

Emploi d'alcool dans les cavités sensibles. — En lavant à l'alcool une cavité sensible, si l'on passe un tampon de coton saturé de la solution sur la flamme d'une lampe en le laissant brûler pendant une seconde ou deux, on le chauffe et l'on prévient un choc quand on l'introduit dans la cavité. En enlevant ce tampon et en bourrant immédiatement la cavité avec du coton absorbant, on diminue notablement la tendance à causer de la douleur par une évaporation rapide. (*Tri-State Record.*)

Spence métal. — Le Spence métal est composé de soixante parties de sulfure de fer et de quarante parties de soufre ; le point de fusion est 120°. Employé dans un modèle pour articuler, il réduit au minimum l'attrition des surfaces antagonistes qui se produit quand des dents de porcelaine sont mises en contact répété avec les dents d'un modèle de plâtre. (*Int. Dent. J.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Séance du 8 mars 1908.

A l'occasion de la réunion du Conseil du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, la Société d'Odontologie a donné une séance de démonstrations pratiques, le dimanche 8 mars à 10 heures du matin.

I. — Estampage de plaques métalliques, au moyen de « l'appareil poinçon Geoffroy », par M. Geoffroy.

M. Geoffroy a fait la démonstration de l'ingénieux appareil dont il est l'inventeur, et dont nous avons donné la description. A l'aide de cet appareil et d'une composition métallique fusible à basse température, M. Geoffroy a estampé un certain nombre de plaques de diverses épaisseurs, et prouvé que le travail de l'estampage est ainsi extrêmement simplifié, sans que cette simplification nuise en rien à la perfection du résultat.

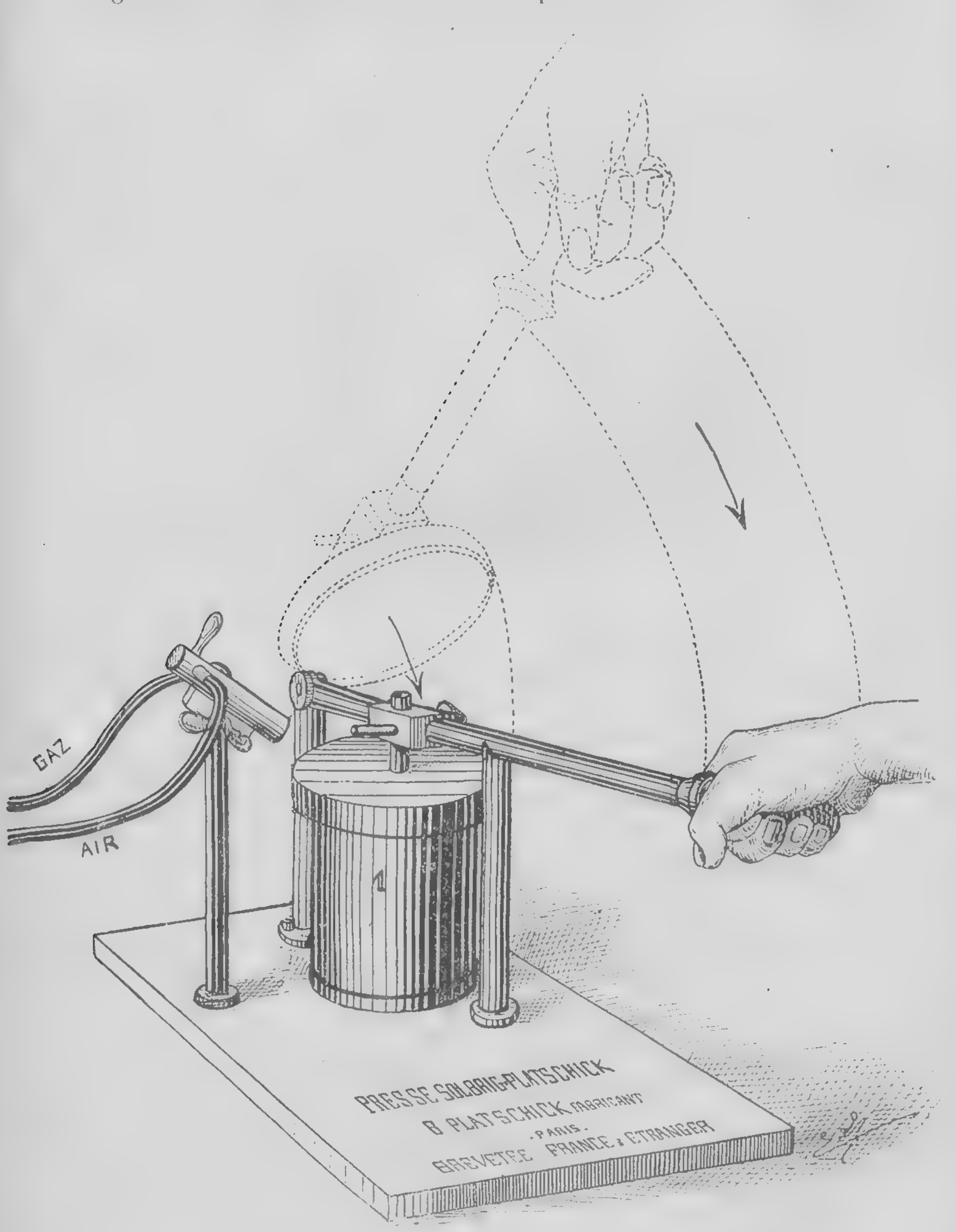
II. — Démonstration de la Presse Solbrig-Platschick pour le coulage sous pression des travaux en métal, par M. Platschick.

M. Platschick retrace brièvement l'histoire du coulage des inlays et rappelle le succès des méthodes de coulage sous pression, notamment avec la pince Solbrig. Sur le même principe que cette pince, MM. Solbrig et Platschick ont conçu une presse destinée au coulage sous pression non plus seulement des inlays, mais encore de pièces étendues en tout métal approprié : or, argent, étain, aluminium.

La presse se compose d'un bâti supportant deux colonnes. A l'une d'elles est articulé un levier auquel l'autre colonne sert de butée arrêt. Ces deux colonnes sont situées sur le grand axe du bâti. Entre elles on peut placer un cylindre contenant le moule de la pièce à couler et dont naturellement la position est repérée. Vis-à-vis de ce cylindre et à distance convenable se trouve un support auquel on fixera un chalumeau.

L'appareil comporte un jeu de cinq cylindres auxquels correspon-

dent des couvercles et des cônes. Ces couvercles creux peuvent être garnis d'amiante humide et fixés par une clavette sur le levier.



Des socles de surélévation et des bagues réductrices complètent le nécessaire.

La technique de l'emploi de la presse est très simple. Sur le mo-

dèle, on fait avec de la cire (laminée en feuilles d'épaisseur correspondante à celle des plaques en or) une pièce très exactement semblable à celle que l'on désire obtenir en métal. On pique la cire au moyen d'une pointe spéciale très légèrement chauffée. On enduit d'une couche légère de revêtement le face linguale de la pièce en cire, puis la face restée libre. D'après la grandeur de la pièce on choisit le cylindre, le couvercle et le cône à employer. L'extrémité libre de la pointe fixée dans la cire est placée dans l'évidement du cône. On recouvre celui-ci avec le cylindre qu'on remplit de revêtement. On retourne le cylindre et on retire le cône. On fait sécher le revêtement dans le four spécial. On fixe sur le levier le couvercle garni d'amiante humide.

Le cylindre retiré du four à sécher est mis en place sur le bâti et l'or nécessaire placé dans l'évidement du revêtement. On le fond et quand il présente une fluidité suffisante on abaisse vivement le levier. Après refroidissement il reste peu de chose à faire pour donner à la pièce le dernier fini.

Suivant la pièce à faire, plaque, bridge, etc... il y a naturellement quelques variantes dans la technique, mais elles sont de peu d'importance.

M. Platschick a fait, au cours de la démonstration, un inlay et coulé deux pièces du bas. Il a en outre montré différentes pièces qu'il a coulées dans son laboratoire au cours de ses essais : Inlays et applications de la presse pour l'ajustage des dents de Logan, Mounford, Davis, Bonwill, dents à tube, couronnes de Ash..... diverses plaques du bas en or, dites à galerie, plaque du bas renforcée, plaque du haut en or, plaque du haut en aluminium, des appareils avec dents, bridges divers avec couronnes et pivot, bridges de six dents de bouche avec deux pivots, bas complet en étain.....

La perfection de l'ajustement de toutes ces pièces a surpris tous ceux qui les ont vues, seule la galvanoplastie ou la cuisson du caoutchouc sur le modèle original permettant d'obtenir des résultats aussi satisfaisants.

III.— Anesthésie générale a l'aide d'un nouveau masque, par M. Ch. Gaudron.

M. Charles Gaudron fait la description de son masque pour anesthésie générale. Ce nouvel appareil qui présente de réels avantages a été étudié ici-même (Voir *Odontologie*, 29 février 1908, p. 175.)

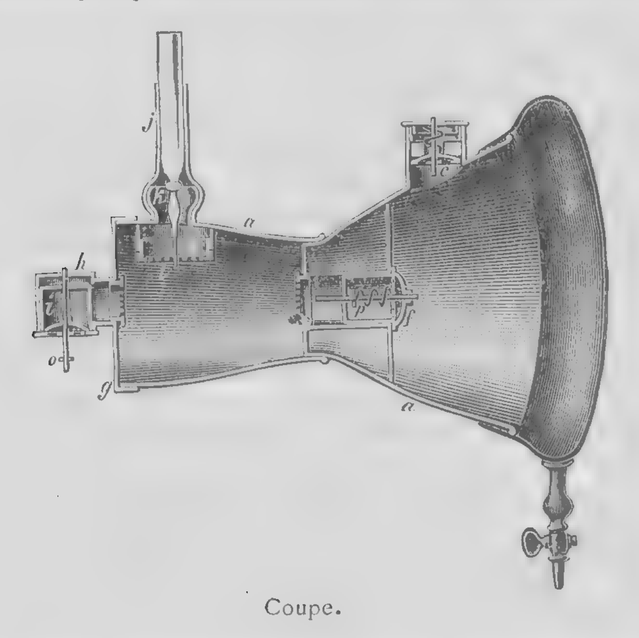
Un certain nombre de malades, anesthésiés par M. Gaudron, ont été opérés par M. Guébel, en présence de nombreux confrères.

Les observations recueillies sont des plus concluantes :

1° Homme, 21 ans, jamais anesthésié auparavant. Il est soumis aux inhalations de 3 cc *coryloforme,* aucune agitation, pas de résistance, les réflexes oculo-palpébraux ont disparu, puis survient la phase de résolution complète.

Respiration un peu plus fréquente que dans le rythme normal, mais régulière.

L'intervention commence vers la trentième seconde. La racine de la deuxième molaire et la dent de six ans supérieure droite sont extraites sans qu'il y ait la moindre contracture. La durée totale de la



Coupe.

narcose a été de cinquante secondes plus les trente secondes d'inhalations.

Réveil facile et rapide. Le malade a déclaré plus tard n'avoir rien senti.

2° Fillette, 12 ans, pas très développée pour son âge. On l'endort à l'aide du masque avec 3 cc *chlorure d'éthyle;* vers la cinquième inspiration on note une légère agitation, à ce moment une deuxième ampoule de 3 cc *chloréthyle* est brisée, presque immédiatement les yeux se révulsent en haut et les réflexes sont abolis. Il y a résolution. La dent de 12 ans inférieure droite est extraite. Le sommeil a été bon sans excitation, ni contracture, ni cyanose. Respiration fréquente au début, puis normale durant tout le sommeil anesthésique. L'enfant ne se réveille que trente secondes après l'opération terminée. Interrogée quelques instants après, elle dit ne se souvenir que de l'instant où le masque a été appliqué, mais rien de l'opération elle-même.

3° Femme, 26 ans. Une ampoule de 3 cc *chlorure d'éthyle* est cassée dans le masque, au bout de 20 secondes d'inhalations, on note un peu de contracture localisée aux extrémités, qui cède immédiatement après le bris d'un second tube de 3 cc *chlorure d'éthyle*. Respiration d'abord irrégulière, puis normale à mesure que se produit l'anesthésie ; vers la quarantième seconde on obtient la phase de résolution. La pupille est légèrement rétrécie. Le sommeil dure 1 minute 1/2, la malade est tranquille, ne crie pas, ni ne bouge, bien que l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite soit laborieuse. Réveil rapide et prompt, la malade n'accuse ni douleur, ni malaise.

4° Femme, 27 ans. Aucune crainte du sommeil anesthésique ; soumise aux inhalations de 3 cc *coryloforme*. Dès la vingtième seconde elle semble complètement endormie. Ce n'est plus de l'analgésie, c'est déjà de l'anesthésie avec abolition de réflexes et résolution musculaire. Pas la moindre contracture, la dent de 6 ans supérieure droite est extraite. L'anesthésie suit son cours régulier, on observe fort bien la phase d'analgésie de retour ; la malade déclare ne pas avoir souvenance de l'intervention, ni ressentir aucun malaise, aucune douleur. Le tout a duré 3 minutes environ.

5° Homme, 26 ans, état général d'apparence parfaite. Se laisse très bien endormir et ne fait aucune résistance quand on lui applique le masque. On donne 3 cc *coryloforme* pendant 15 secondes d'inhalations, à la vingtième seconde les globes oculaires sont révulsés en haut et en dehors, puis résolution musculaire. Pas de période d'excitation, ni cyanose, malgré la petite dose donnée et le temps relativement très court des inhalations, le malade tombe dans la phase anesthésique qui persiste 1 minute 1/2. On enlève la dent de 12 ans inférieure droite. Au réveil pas d'égarement, le malade déclare sortir d'un rêve et n'avoir rien senti.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

M. CLAUDE MARTIN

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Nous sommes tout particulièrement heureux d'annoncer à nos lecteurs l'élection comme Membre correspondant de l'Académie de Médecine de notre éminent confrère et collaborateur M. le Dr Claude Martin, de Lyon. Les dentistes du monde entier connaissent ses travaux et sa méthode si ingénieuse de prothèse immédiate, qui a révolutionné la prothèse des maxillaires ; aussi tout le monde applaudira-t-il à cette élection qui consacre une fois de plus les si remarquables travaux de notre confrère lyonnais.

Depuis 1874, M. Claude Martin s'est occupé d'une façon toute particulière de la prothèse restauratrice. Il en a fait une spécialité nouvelle de l'art dentaire, à laquelle il a donné un éclat incomparable.

Ses beaux travaux ont excité le zèle et l'ingéniosité de nombreux confrères et on peut dire qu'à la suite de Claude Martin il s'est constitué, en France, une école de prothèse restauratrice faisant, de cette branche de la prothèse qui apporte un si grand soulagement aux maux de l'humanité, une spécialité bien française.

Il avait exécuté déjà de nombreux appareils de restauration post-opératoire quand, en 1878, il eut l'idée géniale de fixer immédiatement au milieu des tissus un appareil prothétique destiné à remplacer les parties enlevées. Cette méthode, connue sous le nom de *prothèse immédiate*, a apporté une modification considérable dans la prothèse des maxillaires et a été étendue par lui à la prothèse nasale dans les rhinoplasties sur charpente métallique.

Cette méthode a été par la suite appliquée à la prothèse de régions différentes comme dans le beau cas de prothèse humérale de M. Michaëls et dans les si remarquables prothèses crâniennes exécutées depuis quelques années par M. Delair et il est à prévoir que cette méthode recevra encore de nombreuses extensions.

Mais, en dehors de la prothèse immédiate, le nombre des appareils de prothèse tardive imaginés par notre confrère lyonnais est prodigieux et comprend la restauration de toutes les parties de la face, voire même de la langue et du larynx.

Rappelons en passant sa méthode de redressement des déviations post-opératoires du maxillaire et sa méthode de dilatation des cicatrices par les appareils lourds.

Auteur d'un appareil très remarquable pour les fractures du maxillaire inférieur, il est également l'auteur d'une méthode de traitement de certaines de ces fractures sans appareil.

Tous ces travaux de prothèse ont fait l'objet de très nombreuses présentations aux Sociétés savantes et de nombreux mémoires dont une partie a fourni à l'auteur la matière d'un gros volume : *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires. Rhinoplastie sur appareil permanent. Restauration de la face, lèvres, nez, langue voute et voile du palais ;* (Paris 1889), ouvrage qui a été couronné par l'Institut.

A l'Exposition Universelle de 1889, M. Claude Martin avait exposé dans une vitrine une partie de ses travaux de prothèse restauratrice, et cette collection d'appareils si ingénieux excita l'admiration de tous et, à très juste titre, le jury de l'Exposition lui attribua un Grand Prix. Quelque temps après, notre éminent confrère recevait en récompense de ses beaux travaux et des services qu'il avait rendus à l'humanité la croix de la Légion d'honneur.

Tous ces travaux spéciaux ne l'ont pas empêché de s'intéresser à toutes les branches de notre art et il publia notamment un mémoire sur *l'Anesthésie par le protoxyde d'azote avec ou sans tension, suivi d'une notice sur la germination en présence du protoxyde d'azote sans pression,* couronné par la Société nationale de Médecine de Lyon, et un autre sur l'*Anesthésie prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression,* présenté à l'Académie des Sciences.

Le premier, croyons nous, il préconisa, en 1881, la *Trépanation des extrémités radiculaires des dents appliquée au traitement de la périostite chronique alvéolo-dentaire.*

Ancien mécanicien-dentiste, s'étant formé lui-même, ayant fait ses études médicales tardivement, tout en pourvoyant aux besoins d'une clientèle, M. Claude Martin est un bel exemple de travail et de savoir à donner aux jeunes générations ; il est une des personnalités les plus éminentes et les plus respectées de notre profession. Tous ceux qui le connaissent ont pu apprécier son affabilité et sa complaisance à aider de ses conseils ceux qui s'adressent à lui pour les questions de prothèse restauratrice. Aussi est-ce avec la plus grande cordialité que nous adressons nos vives félicitations à M. Claude Martin pour son élection de membre correspondant de l'Académie de Médecine qui, si justement, fait entrer dans cette illustre compagnie un vrai dentiste qui honore grandement notre profession.

MAURICE ROY.

UNE ÉCOLE DENTAIRE A NANTES

Nous avons été informés par nos confrères de la région de l'Ouest, que trois docteurs en médecine de Nantes ont décidé de fonder dans cette ville une école dentaire.

L'institution comprendrait une clinique devant s'ouvrir en mars, et une école proprement dite, devant s'ouvrir en novembre.

Aussitôt le projet connu, plusieurs dentistes de Nantes, auxquels se sont joints quelques dentistes d'Angers, ont tenu, le 13 février, une réunion, pour examiner ce qu'il convenait de faire en présence de cette fondation qui, à leurs yeux, ne présentait pas de garanties suffisantes, le personnel enseignant ne devant comprendre, pour la partie technique que des docteurs en médecine, et, pour la partie médicale que des professeurs de l'Ecole de médecine de Nantes.

Nos confrères ont décidé de convoquer tous les dentistes de Nantes, de Saint-Nazaire et d'Angers. Trois réunions ont eu lieu successivement, les deux premières les 18 et 20 février à Nantes, la troisième, le 8 mars, à Angers. Les premières ne comptaient que des Nantais, plus les membres du bureau du Syndicat des dentistes de l'Ouest. Il y a été décidé que, comme on ne pouvait empêcher la création de se faire, on lutterait par tous les moyens pour empêcher que l'École n'eût un caractère officiel, c'est-à-dire pour l'empêcher d'avoir l'appui du directeur de l'École de médecine de Nantes, du Maire et du Préfet, et de plus d'avoir une subvention, puisqu'un Service dentaire fonctionne à l'Hôtel-Dieu de Nantes depuis 7 ou 8 ans.

Il y a été donné lecture de lettres de MM. Francis Jean, G. Viau et Godon, tendant à éclairer la situation et exprimant leur avis.

A la troisième réunion tenue à Angers le 8 mars, au siège social du Syndicat des dentistes de l'Ouest, tous les dentistes des villes voisines avaient été convoqués. Une quarantaine étaient présents et, sauf deux, tous ont voté les diverses propositions formulées.

MM. Le Duigou et Hamonet ont présenté chacun un rapport sur l'inutilité d'une école dentaire à Nantes. Ces rapports ont été imprimés et réunis en une brochure, dont nous avons reçu un exemplaire et qui a été publié par le Syndicat des dentistes de l'Ouest, et il a été décidé de les adresser aux pouvoirs publics, ainsi qu'aux professeurs des écoles de médecine de Nantes, Rennes, Angers, etc.

A propos de la création projetée et des réunions tenues par les dentistes de l'Ouest, notre confrère M. P. Monnin, du Mans, qui était présent à la dernière réunion, nous adresse les réflexions suivantes :

TEMPÊTE !

C'est la tempête qui sévit depuis 1905 chez les chirurgiens-dentistes jadis si béatement *dociles, inertes* et *silencieux.*

Nous avons pu nous rendre compte à la réunion des dentistes de l'Ouest à Angers (8 mars 1908) que la rage que l'on croyait diminuée depuis les dernières réunions de l'A. G. D. F. était encore plus

grande chez quelques-uns de nos confrères qu'à l'heure des premiers grondements.

Il est vrai que nous avons remarqué que bon nombre de nos confrères, conscients de ce qu'ils valent, des services qu'ils rendent à la société et des droits qui devraient résulter pour eux d'être entendus des pouvoirs publics, sont las du bon plaisir que les parlementaires, dans leur tyrannie, ont apporté à la rédaction de la loi du 30 novembre 1892, et de celle qui concerne la création des écoles dentaires.

Nos confrères veulent être protégés contre *l'appétit féroce* des stomatologistes et l'omnipotence de ceux qui les protègent.

Peut-être pour être entendus ont-ils trop enflé la voix.

C'est personnellement notre avis, nous pensons que nos confrères nantais ont pour eux l'excuse d'être grisés par le brio des paroles syndicales et la véhémence de leurs rapports.

En moins de trois ans ils ont tellement changé qu'on ne les reconnaît plus et qu'ils ont du mal à se reconnaître eux-mêmes.

Je pense que mes chers confrères ne m'en voudront pas de leur rappeler ici le banquet amical du 26 juin 1904 où le président du Syndicat des dentistes de l'Ouest, M. Sicard, disait : « Nous espérons » bien passer quelques heures d'agréable loisir parmi nous, *mais nous* » *espérons surtout faire œuvre féconde et utile* en vous demandant, en » vous adjurant de vous joindre à nous, en vue des avantages de » toute sorte que nous pouvons tous retirer d'une *association profes-* » *sionnelle.....*

» Il est, du reste, clairement et admirablement indiqué en tête de » nos statuts, dans un paragraphe qui pourrait résumer tous les » autres et qui est ainsi conçu : *L'Association a pour but d'établir entre* » *tous les membres de notre profession des relations amicales et des* » *rapports de solidarité.* »

Après les lentes heures de bavardage, dans la fumée des cigarettes, nous pensions recueillir une ou deux adhésions parmi nous, nous ne fûmes que très surpris de ne trouver aucun de nos confrères désireux d'accepter les rapports de solidarité si bien exposés par M. Sicard, président de la réunion.

Il est vrai que M. Hamonet, trésorier du Syndidat angevin (de l'Ouest si l'on veut), avait parlé d'un tarif minimum à appliquer dans les cabinets dentaires de la région de l'ouest.

Nous ne connaissons aucun de nos confrères qui ait bien goûté ce genre de *taxi*, nous savons que l'application n'en a jamais été faite.

Il semble qu'une rafale ait bouleversé nos confrères nantais.

En apprenant la création d'une école dentaire à Nantes les *assis* se sont mis *debout*. On vocifère et l'on gesticule. Tous ces reclus que l'immobilité congestionnait sont entrés en effervescence.

C'est ainsi qu'après trois années d'hésitation, nous les voyons ad-

hérer au Syndicat de l'Ouest, s'unir à l'idée syndicale, nommer des présidents et des commissions.

Sous l'influence du syndicalisme, qui dans sa jeune fougue grisait tout le monde, surtout les timides et les faibles, d'un bond nos résignés passent de leur docile torpeur aux plus agressives turbulences.

C'est ce qui arrive toujours quand un parti accuse un autre parti de vendre l'odontologie aux stomatologistes. Il se trouve toujours dans notre corporation bien des gens pour le croire. Etant en guerre contre les stomatologistes cette tendance est dangereuse, car si les odontologistes se croient *trahis*, ils sont bien près de s'abandonner et de jeter les armes.

Nous connaissons trop bien la misère de nos divisions lorsqu'elles ont pour effet de réduire la discussion des idées aux proportions d'un conflit de personnes. Mais nous savons aussi que ces divisions mêmes nous honorent lorsqu'elles sont la manifestation désintéressée de la liberté des esprits en quête des solutions les plus profitables à la communauté. Il s'agit donc moins de gémir inutilement sur les conditions inévitables de l'action syndicale que de rechercher le remède aux défaillances naturelles de toute humanité, dans la constitution, au grand jour, *d'une majorité solide* et fondée sur des réalisations d'idées et non des satisfactions d'intérêts.

Aussi, si nous gardons le culte de cette science que nous appelons l'odontologie pour la vouloir belle, *sous son propre règne*, souhaitons-nous le vote prochain d'une loi qui, tout en maintenant notre autonomie, notre liberté d'enseignement, garantisse aux futurs dentistes, à nos confrères l'équitable récompense de leur travail et les sauve par la justice de leur découragement.

L'heure est proche, espérons-le, où pour faire un brillant chirurgien dentiste il ne suffira plus d'avoir pris des inscriptions dans une école quelconque non reconnue d'utilité publique afin de subir les examens à la Faculté de médecine.

Nous avons amplement démontré notre manière de donner l'enseignement au futur dentiste dans notre communication du 24 septembre 1907 à la commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle (Voir *Odontologie*, 30 octobre 1907).

Nous rappellerons aux indifférents, aux pessimistes que l'**Union** entre tous les membres vraiment dignes du titre d'*Odontologiste* est la seule sauvegarde de nos intérêts professionnels, car nous saurons *toujours vaincre* si nous formons une catégorie de citoyens possédant toutes les garanties morales scientifiques nécessaires pour se rendre utile à la Société et à l'Etat.

P. Monnin.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Je lis dans le journal *L'Odontologie* du 15 février 1908, page 137, un article signé par vous, et dans lequel je relève le passage suivant :

« Ceux qui font faire leurs appareils au dehors, chez des mécaniciens-dentistes, dits façonniers, sont le plus petit nombre, l'exception. Il ne me semble pas, quoi qu'en dise l'auteur, que cette pratique doive se généraliser; *dans tous les cas, elle ne doit pas être encouragée.*

Il y a pour cela, il me semble, trois raisons :

1° L'augmentation des frais, pour les appareils exécutés par le façonnier ;

2° *Une exécution moins parfaite, que dans le laboratoire du praticien,* où celui-ci a plus facilement *la surveillance du travail,* et la possibilité des essais successifs;

3° Les progrès qui se font journellement, en prothèse, tendant chaque jour à en simplifier les manœuvres, de telle sorte que nombre d'entre elles sont exécutées maintenant par le chirurgien-dentiste lui-même, dans son cabinet, en présence de son patient. »

Je proteste d'abord contre vos dires, qui sont inexacts et qui sont susceptibles de nuire aux façonniers et j'estime, à l'encontre de votre appréciation, que les travaux qui sortent des laboratoires sérieux, dirigés par des mécaniciens-dentistes s'occupant réellement de leurs travaux de prothèse, sont plutôt mieux faits que ceux exécutés dans des laboratoires de praticiens, qui ne peuvent, pour la plupart, s'en occuper qu'à temps perdu, ou le soir, ce qui est un surcroît de travail, à moins que, favorisés par la clientèle, ils n'aient les moyens de s'offrir le concours d'un mécanicien sur lequel ils puissent se reposer et qui coûte de 300 à 400 francs.

A part ces exceptions, il est certainement plus économique de donner ses travaux à un bon façonnier, car on n'a pas le souci des appointements fixes pendant les périodes d'accalmie, et les travaux sont toujours confectionnés soigneusement, sans risque d'avoir des fournitures gâchées par des mécaniciens inexpérimentés ; tout ceci, à part la rapidité d'exécution, qui donne au dentiste la facilité de livrer très vite des travaux soignés.

Je reconnais que ce que vous dites dans votre article était vrai, il y a quelques années, car les travaux faits par les façonniers du moment laissaient souvent à désirer. La cause était qu'il n'existait pas de laboratoire, où on ne faisait exclusivement que de la façon et

que ceux qui se disaient façonniers étaient des dentistes ayant peu de clientèle et qui cumulaient les deux professions de dentiste et de façonnier.

Il est évident que, dans ces cas, la prothèse ne peut être bien faite, car un laboratoire à façon ■ besoin d'une direction compétente et constante.

Les laboratoires à façon d'aujourd'hui comportent une installation moderne, coûteuse, que ne peuvent avoir tous les dentistes, et le mécanicien qui travaille dans ces conditions spéciales de commodité et de bien-être est à même de produire de la bonne besogne.

Avant d'être façonnier, j'ai, comme tous mes camarades, fréquenté les ateliers de dentistes et j'ai remarqué que beaucoup sont dépourvus de l'outillage, souvent indispensable, sans compter que l'atelier du dentiste est le plus souvent insalubre, car il est placé dans un petit réduit mal éclairé et mal aéré, sur une cour trop étroite, et il est certain que dans ces conditions d'installation trop rudimentaire un bon mécanicien ne peut pas produire un bon travail.

L'habileté s'acquiert par la pratique et l'expérience, et je ne crois pas que le façonnier soit plus mal placé que le dentiste à ce point de vue.

En résumé je prétends que, sauf pour les cabinets importants, l'exécution des travaux de prothèse par le façonnier constitue une économie et est une certitude que le travail sera bien fait ;

Que l'exécution des travaux de prothèse par le façonnier est tout aussi parfaite et souvent meilleure que par le praticien ;

Que, malgré tous les progrès faits ou qui se feront en prothèse, il est absolument impossible au dentiste de faire et ses travaux de cabinet et ceux d'atelier, sans que les uns ou les autres en souffrent.

Dans un autre ordre d'idée :

Quel sort réserverez-vous aux mécaniciens-dentistes qui ne voudront pas passer leur vie dans le laboratoire du dentiste ?

L'installation d'un laboratoire à façon est actuellement le seul débouché que leur a laissé la loi de 92. Mais, d'après vous, on ne peut rien y faire de bien, et il ne faut pas encourager les dentistes à faire exécuter leurs travaux à façon !! Alors !

J'aime à croire, monsieur le directeur, que telle n'a pas été votre pensée et que vous avez oublié un instant que nous existons.

Peut-être avez-vous eu recours au façonnier, et l'expérience n'ayant pas été heureuse, vous vous êtes fait une opinion fausse, mais tel peut faire ce que l'autre est incapable de concevoir et il ne faut pas faire, dans quelques exceptions, une généralité.

Il est certain que les dentistes devraient être difficiles dans le choix du façonnier à qui ils confient leurs travaux et exiger des références autres que les pièces de vitrines, qui ne signifient absolument rien,

sans compter une mise en scène savamment faite qui constitue un bluffage, dont on devrait se méfier.

Le façonnier doit être un professionnel qui a acquis l'expérience de son art par la fréquentation de l'atelier, depuis de longues années. Son travail doit être exécuté d'une façon raisonnée et consciencieuse.

Je compte, monsieur le directeur, sur votre impartialité pour donner à la présente l'hospitalité du journal *L'Odontologie.*

Veuillez agréer, etc.

MORALE.

Procédure et bonne confraternité.

Nous recevons la lettre suivante, que l'auteur nous prie de publier :

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous signaler comment certains de nos confrères se comportent parfois : l'histoire est amusante.

Il était une fois une cliente qui, après avoir abusé de mon temps, réclamé les soins les plus assidus et les plus délicats, refusa de me payer la note de mes honoraires ; ceci n'a rien de bien surprenant et nous sommes malheureusement tous exposés à ce genre de reconnaissance !

Seulement cette cliente donnait comme motif à son refus que je l'avais mal soignée, et que les appareils faits par moi étaient défectueux.

Ne pouvant admettre cette façon de faire, je l'assignai devant le tribunal ; elle demanda une expertise et nous fûmes renvoyés devant notre confrère X... docteur en médecine, dentiste des hôpitaux, qui après examen, comparution des parties..., etc..., conclut à la condamnation pure et simple de la dame. C'était parfait !

Je continuai ma procédure, et, après un temps considérable, le tribunal rendit un jugement en [ma faveur. Dans l'intervalle hélas ! mon ex-cliente avait disparu, et je dus payer une somme formidable de frais.

Jusqu-là, rien que de très banal ; mais voici où l'affaire se corse :

Mon confrère, le docteur X.. me fit réclamer lui aussi ses frais d'expertise. Fort surpris, je lui fis répondre que ma cliente avait disparu, que je n'avais pu obtenir aucun paiement, que tous les frais restaient à ma charge personnelle, et que, dans ces conditions, je ne pensais pas qu'il eût l'intention comme confrère, de me réclamer des honoraires ; son homme d'affaires insista, mais après mes explications, je ne pouvais croire que ce fût sérieux.

Hélas ! ce l'était ! oh combien ! Et il y a quelques jours, je recevais sur papier timbré ce qu'on nomme, paraît-il, une signification exécutoire ! Je m'exécutai et payai les honoraires de mon distingué confrère des hôpitaux.

Comment trouvez-vous cette façon de comprendre la courtoisie des rapports entre confrères et les règles de la bonne confraternité ? Voyez-vous ce collègue faisant saisir mon mobilier pour le montant de ses honoraires !

Dans toute autre corporation, comment seraient jugés de tels agissements ? Voyez-vous un avocat, un médecin, un notaire procéder ainsi vis-à-vis d'un de ses confrères ! Ce serait un « tolle » général.

Et que pensez-vous de ce collègue, docteur en médecine, dentiste des hôpitaux, et occupant une haute situation !

Que dites-vous de cette moralité !

Veuillez recevoir, etc.

HEIDÉ,
Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

NÉCROLOGIE

On lit dans le Berliner Tageblatt *du 9 mars :*

M. Emile Simonis, fournisseur pour dentistes, s'est empoisonné hier avec de la morphine dans son domicile 69 Leibnitzstrasse à Charlottenbourg. Il dirigeait depuis dix ans une importante fabrique 4 Auguststrasse. Des pertes d'argent semblent être la cause de son suicide. Transporté à l'hôpital Augusta il y est mort peu d'instants après son arrivée ; il était âgé de 47 ans.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

A la suite des derniers concours et par décision du Conseil de direction du 17 mars 1908, ont été nommés :

MM. H. Dreyfus et Péret, chefs de clinique de chirurgie dentaire ;

MM. Darcissac et Machtou, chefs de clinique de dentisterie opératoire ;

M. Henri Villain, chef de clinique de bridges ;

M. Lalement, chef de clinique de prothèse ;

M. Amen, démonstrateur honoraire.

Fête des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

L'Union générale des étudiants en chirurgie dentaire de France nous demande de rappeler que ses délégués à la fête des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris, dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro, étaient : MM. Doucedame, président ; Vaysse, vice-président ; Pouchan, secrétaire général ; Grimaud, Somen, Mignot, membres du Comité.

Mariage de M. Henri Villain.

Le mariage de M. Henri Villain, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris avec M[lle] Thuillier, fille de notre confrère de Rouen, qui est membre du Conseil de direction de l'A. G. D. F., a été célébré dans cette ville le jeudi 19 mars.

Les témoins du marié étaient : MM. Godon et Viau.

Nous adressons aux jeunes époux nos souhaits de bonheur et toutes nos félicitations.

Distinctions honorifiques.

Nous sommes heureux d'apprendre que notre confrère M. Prével, chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

Nous lui exprimons nos félicitations.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

Une assemblée plénière extraordinaire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France aura lieu le samedi 28 mars, à 8 h. 1/2 du soir, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

ORDRE DU JOUR :

Réformes et orientation professionnelle (Rapport de MM. Roy et G. Villain [1]).

(Continuation de la discussion et du vote des conclusions.)

Projet de vœu.

Propositions diverses.

Congrès d'assistance.

Le 4e Congrès d'assistance publique et privée aura lieu du 21 au 25 avril prochain à Reims sous la présidence d'honneur de MM. Léon Bourgeois, sénateur, Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, etc.

Le conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé d'y participer.

Rectification.

M. Bouchard croit devoir nous demander par lettre recommandée d'ajouter les quatre lignes suivantes de l'article de *Comœdia* paru dans notre dernier numéro et que nous avions cru devoir supprimer.

Nous ne voyons aucun inconvénient à lui donner satisfaction :

---

1. Ce rapport a été envoyé aux membres de l'Association et de la Société e l'Ecole, le 22 octobre.

Cette assemblée plénière est la suite de celle du 9 novembre 1907.

« Et Bouchard, en souvenir de son ancien métier, lance un dentifrice la Coqueline, sur les bénéfices de laquelle il prélèvera 10 centimes par tube vendu et les versera à la masse de la maison de retraite des vieux comédiens...

» N'est-ce pas que l'histoire valait la peine d'être contée ? »

Dentistes des hôpitaux.

Un concours pour trois places de dentiste-adjoint des hôpitaux de Paris aura lieu à partir du 6 avril prochain.

Le jury est provisoirement composé de MM. Pietkiewicz, Richer, Thomas, Hartmann et Huchard.

TRIBUNE OUVERTE

Questions et Réponses

? *N° 3. — Quels résultats donne l'anesthésie par la lumière bleue ? Quel est le manuel opératoire et l'installation nécessaire ?*

A. B.

28e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'AMPUTATION DE LA PULPE ET SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA CARIE DU 3e DEGRÉ

Par M. MAURICE ROY,

Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'amputation de la pulpe n'est pas une opération nouvelle : elle a été préconisée il y a vingt-cinq ans par Witzel, qui en faisait une variante du coiffage de la pulpe. Mais, en France notamment, le coiffage, après avoir joui d'une certaine vogue, a été à peu près délaissé et l'amputation de la pulpe, d'une façon générale, a subi le même sort.

Cet abandon est-il justifié ? En ce qui concerne le coiffage de la pulpe, je le pense, car ses indications sont très limitées et elles sont même discutables, du moins à l'heure actuelle ; mais, en ce qui concerne l'amputation de la pulpe, je suis d'un avis tout à fait différent et je pense que cette opération mérite de prendre place parmi les interventions courantes de notre pratique.

Pour ma part, je pratique ce traitement depuis plus de quinze ans avec le plus grand succès et c'est en raison de cette expérience prolongée que je viens aujourd'hui vous faire part des résultats éloignés de l'amputation de la pulpe et des remarques que j'ai pu faire au sujet de ce mode de traitement.

L'amputation de la pulpe est tout à fait différente du coiffage de cet organe ; dans cette dernière opération on se propose de conserver la pulpe dans sa totalité, tandis que, dans l'amputation, on enlève complètement la portion centrale de cet organe et l'on ne conserve que le ou les filets radiculaires. Or, le renflement central de la pulpe et ses filets radiculaires, bien que constituant les deux parties d'un même tout, réagissent cliniquement d'une façon différente. Les filets radiculaires sont, comme la pulpe, d'une grande sensibilité au contact, mais ils ne donnent pas lieu, comme celle-ci, à des douleurs spontanées ; les douleurs de la pulpite cessent immédiatement dès que le renflement central est supprimé, quand bien même les filets radiculaires persistent ; la pulpe mise à nu se détruit d'ordinaire très rapidement, tandis qu'au contraire les filets radiculaires résistent beaucoup plus longtemps à la destruction ; il y a là de petits faits dus peut-être à des raisons histologiques qui expliquent, selon moi, la différence des résultats observés dans les tentatives de conservation de la pulpe dans son intégralité et dans celles où l'on s'est proposé uniquement la conservation des filets radiculaires.

*
* *

L'extirpation des filets radiculaires de la pulpe est une opération le plus souvent assez délicate ; si elle peut se faire assez aisément dans les dents dont le canal est large, régulier et d'accès facile, il n'en est pas de même quand il s'agit de dents éloignées ou simplement de canaux étroits ou irréguliers, ce qui peut rarement se diagnostiquer à l'avance. On est exposé dans cette opération au bris des tire-nerfs dans le canal, à l'extirpation incomplète des filets radiculaires si le canal est de forme anormale ; en outre, et le fait est important, cette opération est souvent douloureuse (avec la dévitalisation arsenicale tout au moins) au point de la faire redouter des malades l'ayant supportée une première fois et de la rendre à peu près impossible chez les enfants, dans les dents multiradiculaires. Cette extirpation des filets radicu-

laires nécessite enfin un temps assez notable. Je passe sur les complications infectieuses possibles, celles-ci ne devant pas entrer en ligne de compte dans un traitement fait avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

Malgré tous ces inconvénients, il faudrait bien se résigner, à recourir à cette opération dans tous les cas, s'il n'y avait pas d'autre moyen assurant la conservation des dents atteintes de carie du 3e degré. Mais une expérience vieille de plus de quinze ans me permet de dire que cette extirpation des filets radiculaires peut être évitée dans la grande majorité des cas sans aucun inconvénient pour la santé ultérieure de la dent.

Le traitement du 3e degré par l'amputation de la pulpe est infiniment plus facile à pratiquer que l'extirpation totale de la pulpe et des filets radiculaires et n'expose pas aux dangers de cette dernière opération ; grâce à lui, il est possible de soigner sans difficulté toutes les caries du 3e degré, quels que soient la dent atteinte et le siège de la carie ; enfin il est de plus totalement indolore et cet avantage est fort apprécié des patients. Sans doute ce dernier point serait tout à fait accessoire si la conservation de la dent devait en souffrir, mais, comme il n'en est pas ainsi, je considère qu'il est au moins inutile d'infliger à ses patients une souffrance qui n'est pas strictement indispensable.

*
* *

L'amputation de la pulpe a été pratiquée d'une façon un peu différente par ceux qui se sont occupés de cette opération, mais, d'une façon générale, le traitement varie peu ; pour ma part, voici la façon dont je pratique ce traitement. Après une application convenable d'acide arsénieux, je prépare d'une façon appropriée la cavité cariée en vue de l'obturation sans chercher à ouvrir la chambre pulpaire.

La cavité étant préparée, j'ouvre, avec des fraises aseptiques, la chambre pulpaire, que je nettoie complètement avec des fraises rondes, amputant la pulpe au ras de l'ori-

fice des canaux radiculaires et supprimant tous les angles rentrants de la chambre pulpaire. Je prépare celle-ci avec le même soin que si je devais enlever les filets radiculaires, mais, toutefois, sans faire les sacrifices étendus de dent que nécessite toujours cette extirpation sur les grosses molaires.

Ceci fait, je lave la dent à l'eau tiède, puis je la sèche, je la lave ensuite à l'alcool et la dessèche à l'air chaud et j'y place un tampon peu serré imbibé de créosote, et je recouvre le tout de gutta, en évitant d'exercer une trop forte compression sur l'ensemble du pansement. Je laisse ce pansement en place pendant trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, la dent étant isolée de la salive, j'enlève le pansement, je sèche à l'air chaud et remplis la chambre pulpaire avec une pâte très épaisse d'oxyde de zinc, d'aristol et d'essence de girofle :

Oxyde de zinc.......	4.
Aristol.............	1.
Essence de girofle...	q. s.

en évitant soigneusement de comprimer les tronçons radiculaires et j'obture immédiatement la cavité de la dent avec la substance appropriée au cas particulier.

Toutes ces manœuvres de préparation, de pansement et d'obturation, doivent être faites avec le plus grand soin et avec une asepsie aussi complète que possible. Un point très important à observer, en outre de l'asepsie, c'est d'éviter la compression des tronçons radiculaires, soit par le pansement, soit par la pâte d'oxyde de zinc qui doit remplir exactement la chambre pulpaire, mais ne pas être foulée trop énergiquement, ce qui peut entraîner quelques inconvénients dont je parlerai plus loin. Ce traitement s'applique aussi bien aux dents temporaires qu'aux dents permanentes ; il peut se pratiquer également sans dévitalisation arsenicale en anesthésiant la pulpe avec la cocaïne sous pression, les résultats sont identiquement les mêmes.

*
* *

Les dents ainsi traitées par moi se sont comportées admirablement sans aucun inconvénient ultérieur, et quelque temps avant de faire cette communication j'avais encore l'occasion de revoir, entre bien d'autres, une malade que je n'avais pas revue depuis quatorze ans, et dont les deux premières grosses molaires inférieures avaient subi l'amputation de la pulpe à cette époque et je pouvais constater que ces deux dents étaient en parfait état ; je pourrais citer un très grand nombre d'observations analogues.

L'amputation de la pulpe, pratiquée dans des conditions convenables, en suivant les précautions que j'ai indiquées, constitue une simplification de traitement des plus heureuses, et pour l'opérateur et pour les malades, en évitant une partie de traitement longue et douloureuse et susceptible de complications.

Les échecs que j'ai éprouvés sont extrêmement restreints et sur une pratique de plus de quinze ans je n'en ai à noter que trois, dont le seul inconvénient a été de m'obliger à pratiquer l'extirpation des filets radiculaires et à traiter les dents en cause selon le mode classique.

Ces échecs n'ont pas été dus à des accidents infectieux, mais à la sensibilité persistante des dents à la chaleur, et je crois pouvoir attribuer ces accidents à une compression excessive de la pâte d'oxyde de zinc dans la chambre pulpaire ; c'est pourquoi je recommande d'éviter cette compression dans le pansement et dans l'obturation.

En ce qui concerne l'avenir des filets radiculaires ainsi traités, j'ai pu constater dans un certain nombre de cas, à la suite de fracture des dents ou de récidives de caries sur d'autres faces des dents, que les filets radiculaires conservent leur vitalité pendant un certain temps, parfois plusieurs années. J'ai eu occasion, pour des applications ultérieures de dents à pivot, de faire le traitement des racines de dents ainsi traitées et j'ai trouvé, dans les canaux,

des filets radiculaires encore vivants trois ans après l'obturation. Cependant, au bout d'un temps plus ou moins long, ces filets radiculaires se dessèchent et se momifient, mais d'une façon tout à fait aseptique sans jamais donner lieu à aucun accident infectieux ; on les trouve alors dans les canaux sous forme d'un petit filament dur et résistant sans qu'il y ait aucune sécrétion quelconque dans les canaux.

En résumé, après une expérience sérieuse et prolongée, je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'extirpation des filets radiculaires est une opération souvent douloureuse et qui présente certains dangers opératoires ;

2° Cette extirpation n'est pas nécessaire, si, la pulpe étant enlevée, les filets radiculaires sont traités antiseptiquement ; dans ces conditions, la dent peut se conserver en parfait état de santé ;

3° Les filets radiculaires ainsi traités peuvent conserver leur vitalité parfois pendant plusieurs années ; mais ils subissent, au bout d'un temps plus ou moins long, une momification aseptique qui n'entrave en rien la conservation de la dent ;

4° Sur des dents ainsi traitées depuis plus de quinze ans, je n'ai jamais observé aucun accident infectieux ultérieur ;

5° Les principales précautions à prendre sont : 1° l'antisepsie rigoureuse de la dent ; 2° éviter que la pâte antiseptique que l'on doit placer dans la chambre pulpaire n'exerce de compression sur les tronçons radiculaires ;

6° Ce traitement peut s'appliquer aussi bien aux dents temporaires qu'aux permanentes, il en résulte une simplification de traitement aussi heureuse pour le patient que pour l'opérateur, avec une conservation parfaite de la dent.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 mars 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le 10 mars 1908 à 9 heures, à l'Ecole dentaire de Paris. En l'absence du président, la séance a été présidée successivement par MM. Touvet-Fanton et Delair, anciens présidents.

Le secrétaire général transmet les regrets de MM. Blatter, Godon, Mendel-Joseph, Touchard, empêchés d'assister à la séance.

I. — Un cas de prothèse nasale (présentation de malade), par M. Delair.

Au cours de cette communication, qui sera publiée prochainement, M. Delair présente le malade qui en est l'objet, et à laquelle il a confectionné un nez en caoutchouc, dont la rétention est assurée par un mécanisme très simple et très ingénieux.

II. — Appareil pour fractures du maxillaire inférieur (présentation de malade), par M. Georges Lemerle.

M. Georges Lemerle donne connaissance d'un travail sur ce sujet (sera publié).

Discussion.

M. Roy. — La présentation que vient de nous faire M. Georges Lemerle est très intéressante. Il s'agit de deux cas de fractures qui ont été guéris avec certainement le minimum d'intervention et, en somme, très rapidement. Il nous a dit qu'un des malades était resté quatre mois sans traitement efficace et qu'il a suffi que ce malade eût sa fracture immobilisée pour qu'il se trouvât soulagé, cela est tout à fait conforme à ce que l'on observe dans ces cas. Dès qu'une fracture est immobilisée, le malade peut s'alimenter immédiatement. Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est la fixation de la gouttière avec du ciment, fixation analogue à celle qu'on emploie pour tous les appareils de prothèse, depuis la couronne jusqu'au bridge. Pour ma part, j'ai posé un assez grand nombre de gouttières sur le maxillaire, mais je l'ai fait suivant le procédé employé le plus généralement. J'ai fixé mes appareils avec des fils métalliques passant dans les espaces interdentaires. Avec ce procédé on obtenait des résul-

tats très satisfaisants, néanmoins cela créait une très grosse complication car le passage de ces fils dans les espaces interdentaires est assez malaisé. Il faut en effet qu'il y ait un trou en avant, un trou en arrière et que ces trous correspondent exactement à l'espace interdentaire. Il faut de plus recourber le fil pour le passer dans ces trous. Ceux d'entre vous qui ont eu l'occasion de placer des appareils semblables ont pu se rendre compte des difficultés que l'on rencontre dans la pose de ces sortes d'appareils. La fixation avec le ciment constitue un avantage considérable. Cela permet aussi d'obtenir une fixation très suffisante, convenable même pour une gouttière plus petite que celles qu'on est obligé d'employer lorsqu'on se sert de fils métalliques interdentaires. C'est ainsi que le malade de M. Lemerle a une gouttière qui va seulement d'une canine à l'autre. Avec le ciment on a un mode de rétention absolument parfait. Je dois donc féliciter M. Georges Lemerle de sa présentation de ce soir. Cependant je voudrais lui demander un petit mot d'explication au sujet de ce qu'il nous a dit au début de sa communication, lorsqu'il nous a parlé du traitement. Il nous a dit si j'ai bien compris : on réduit la fracture puis on maintient en place le mieux possible les fragments et on prend l'empreinte. Je demanderai à M. Lemerle de préciser si c'est bien cela que j'ai entendu, parce qu'alors je lui demanderai quelques mots d'explication sur le procédé qu'il emploie pour arriver à ses fins.

M. Geoffroy. — Le mode de fixation par le ciment présente le grand avantage de supprimer l'accumulation des aliments et des mucosités, qui, sous les appareils classiques provoquent souvent une infection considérable susceptible de retarder la consolidation de la fracture.

M. Georges Lemerle. — Généralement, dans les cas de fracture, on prend l'empreinte sans se soucier de la réduction. L'empreinte étant prise, le plâtre étant coulé, on sectionne ce plâtre au niveau du trait de fracture et on réduit sur le moulage. Cela m'a paru inutile dans ces fractures, presque exactement médianes, parce qu'il est très facile, la fracture une fois réduite, de faire maintenir les fragments en coaptation par un aide. Comme on n'a besoin que d'une empreinte partielle pour la gouttière, on n'est pas le moins du monde gêné par l'aide qui maintient les fragments en place. On prend donc l'empreinte dans ces conditions et on obtient le moulage du maxillaire exactement réduit ce qui permet d'estamper une gouttière aussi parfaite que possible.

M. Roy. — Je suis très heureux d'avoir entendu les explications qui viennent de nous être données par M. G. Lemerle.

Elles étaient nécessaires, étant donné qu'il y a là une modification du procédé habituellement employé. Pour ma part, je n'ai pas

employé jusqu'ici le procédé de M. Lemerle. J'ai traité pas mal de fractures et je me suis toujours trouvé bien de réduire ma fracture sur le plâtre, de façon à obtenir un engrènement convenable et une coaptation parfaite, surtout lorsqu'il y a un déplacement un peu considérable, comme cela arrive assez souvent.

Ce déplacement est quelquefois tel qu'on ne peut bien réduire sa fracture qu'en plaçant la gouttière et en forçant les fragments à rentrer dans celle-ci. Dans certains cas il m'est arrivé de ne pas pouvoir réduire complètement ma fracture le premier jour, mais seulement un jour ou deux après, lorsque l'appareil avait été maintenu en place pendant un certain temps. Je crois que si le procédé qui vient de nous être signalé est applicable dans les cas où il n'y a pas de déplacement, ou très peu, il ne l'est pas dans la généralité des cas des fractures.

Pour ma part j'ai publié, il y a je crois vingt ans, l'observation d'une fracture du maxillaire que j'ai guéri sans appareil intra-buccal d'aucune sorte, avec une simple fronde. Le malade avait une fracture, mais sans déplacement et il a suffi de lui maintenir les deux maxillaires coaptés l'un avec l'autre pour qu'il guérisse très bien, sans aucune déformation; mais ceci n'est pas la règle et je crois qu'il est préférable d'une façon générale de prendre l'empreinte et de réduire la fracture par le procédé habituel plutôt que d'avoir recours au procédé de réduction faite extérieurement qui donne des résultats moins parfaits.

M. Georges Lemerle. — Je partage l'avis de M. Roy dans le cas d'une fracture passant par exemple entre le groupe des petites molaires et celui des grosses molaires, mais non dans le cas de fracture de la symphyse.

M. Frey. — Je rappellerai à M. Roy que la simple ouverture de la bouche réduit déjà la fracture et que Claude Martin (de Lyon) en a fait la base de son procédé de réduction et de guérison par les *coins* qu'il mettait dans le fond de la bouche.

M. Roy. — Il s'agit de fractures à l'union des branches.

M. Frey. — Et aussi de fractures médianes.

M. le président. — Je tiens à féliciter M. Georges Lemerle de la façon dont il a compris le traitement de ces deux fractures. L'idée d'utiliser le ciment, pour fixer les appareils dans ces cas, dénote chez lui un esprit inventif qui nous est un gage pour l'avenir.

III. — Prothèse restauratrice tardive de la région jugo-malaire, par MM. G. Lemerle et Geoffroy.

M. Georges Lemerle, au nom de M. Geoffroy et au sien, donne connaissance d'une communication sur ce sujet, et présente un appareil exécuté pour un cas de restauration jugo-malaire (sera publiée).

Discussion.

M. Frey. — Je félicite vivement mon ami G. Lemerle des présentations qu'il nous a faites ce soir ; j'y reconnais avec plaisir un esprit précis qui sait distinguer très nettement les indications cliniques, qui recherche et trouve dans notre arsenal riche, mais complexe, les moyens toujours les plus simples de satisfaire à ces indications.

Déjà, dans sa thèse, il a clairement montré les limites et moyens de la prothèse interne ; aujourd'hui il nous a rappelé comment avec des calottes et des élastiques on peut utiliser la rétention de la cavité buccale seule pour réduire et maintenir des maxillaires déviés ; il vient de nous présenter des malades guéris de leurs fractures par le moyen très simple, très sûr et peu encombrant de gouttières cimentées sur les dents.

Enfin, dans un cas où l'autoplastie n'était pas possible, non plus que la prothèse interne, avec la collaboration de notre confrère Geoffroy, dont nous apprécions tous l'ingéniosité et l'intelligence, il a mis à contribution un procédé de prothèse externe des plus intéressants.

M. le président. — Je remercie MM. Geoffroy et G. Lemerle de leur communication et de leur présentation si intéressantes.

IV. — La rétention dans les inlays de porcelaine par des rondelles de carton d'amiante, par M. Ferrand.

M. Ferrand. — La rétention dans les inlays en porcelaine est assez difficile, longue et quelquefois coûteuse. Il faut avoir recours à des meules spéciales quand il s'agit d'inlays petits ou moyens. Pour ceux d'un volume plus grand, on emploie avec assez de succès des meules en carborundum. Mais la difficulté est grande dans les inlays minuscules. Jusqu'ici plusieurs procédés ont été employés. La meule diamantée de trois ou quatre millimètres de diamètre humectée dans l'eau rend des services pendant un certain nombre de fois, mais après cinq ou six morsures elle s'use très vite et ne mord plus. Or son prix assez élevé de trois à quatre francs rend son emploi peu pratique.

On se sert aussi de disques en cuivre qui sont utilisés fréquemment pour séparer les dents, pour l'application de couronnes ou bridges. Ces disques humectés d'eau et saupoudrés de carborundum produisent une rétention excellente dans les inlays de moyenne grandeur. Leur emploi demande de la part de l'opérateur beaucoup d'habileté s'il ne veut pas laisser déraper sur les bords de l'inlay sa meule mal assujettie dans la main. M. Plastchick a employé avec succès de l'or fin qu'il place dans l'empreinte ; après cuisson de la pâte il trempe dans l'eau régale l'inlay qu'il ressort débarrassé de son or laissant ainsi

une rétention très grande. Mais il y a perte d'or, et on a prétendu, je crois, qu'il y a décoloration de l'inlay.

Un ingénieux procédé consiste à placer dans le fond de l'empreinte un rouleau d'or à aurification et à faire cuire. On retire ensuite le rouleau et de nouveau on a obtenu après cuisson une rétention. M. Solbrig emploie les disques en caoutchouc durci et très tranchants, il les trempe dans la poudre de carborundum et obtient également une rainure aussi fine qu'il la désire. M. Martinet saupoudre de sable la feuille d'or, il a ensuite une surface rugueuse sur le fond de son inlay. M. Dubourg emploie des résidus de verre qui se détachent en bloc dans une solution d'acide fluorhydrique. J'ai employé la poudre d'amiante dans le fond de l'empreinte ce qui me donnait d'assez bons résultats.

Ces temps derniers j'ai cherché à faire des inlays creux en or non pas dans la pince de M. Solbrig, mais tout simplement dans des vieux pots de ripolin de toutes grandeurs. J'avais essayé l'amiante en carton et les résultats sont excellents. J'ai également appliqué ce procédé à la porcelaine ; voici comment j'opère pour mes blocs de porcelaine.

Avant de placer dans l'empreinte la première couche de pâte je dispose un petit anneau en carton ou papier d'amiante que j'ai coulé sur une sonde suivant la grandeur de l'inlay en ayant soin de ne jamais affaiblir le bloc pour sa rétention.

Pour les inlays minuscules je place seulement un grain de carton d'amiante légèrement fibreux au milieu de l'empreinte, je coule la pâte très liquide sur l'amiante et je fais cuire une première fois avec peu de pâte. J'achève la cuisson comme d'habitude. L'inlay étant cuit, je retire la feuille d'or ou de platine qui a servi de moule, et avec une rugine j'extrais du bloc la parcelle de carton, je lave et le bloc est prêt à être placé, possédant ainsi une forte rétention où le ciment adhérera fort bien. Je crois que ce procédé aurait pour conséquence de faire abandonner les disques de tous genres qui ont, les uns l'inconvénient d'être très onéreux, les autres d'être inutilisables et d'occasionner, même dans des mains expertes, des ébrèchements des bords de l'inlay. On évitera aussi de se salir les doigts par le résidus de poudre humectée.

Discussion.

M. Georges Villain. — M. Ferrand nous présente un moyen très parfait d'assurer la rétention de l'inlay de porcelaine. Je voudrais dire deux mots au sujet de cette rétention. La rétention que présente M. Ferrand, est la rétention artificielle des inlays. Or, à mon avis, les inlays doivent avoir surtout une rétention mécanique due à la préparation de la cavité : lorsque celle-ci est suffisamment rétentive,

ce qui doit toujours être le cas, l'inlay tient parfaitement en place. On objecte quelquefois que les pertes de tissus sont trop grandes. Ceci est une objection, non pas contre la préparation de la cavité. mais bien au contraire contre l'emploi de l'inlay. Dans ces cas c'est l'emploi de l'inlay qu'on doit rejeter. La cavité doit être préparée de telle sorte que l'inlay ne puisse en être retiré que dans une direction opposée à celle de la force articulaire.

Lorsque vous voulez sortir l'inlay, celui-ci doit glisser dans sa cavité et ne doit pas pouvoir en être retiré par un mouvement de bascule.

Un moyen très sûr d'avoir une rétention dans une cavité : c'est de couper la cavité avec plans inclinés et des formes en queue-d'aronde si c'est possible. Lorsque vous avez deux plans inclinés, l'inlay ne peut pas basculer. L'inlay doit tenir normalement sans ciment. La cavité doit être préparée de telle sorte que le ciment ne serve que de corps intermédiaire entre les bords de l'inlay et de la cavité. Dans les cavités profondes le ciment peut servir de rétention mais non comme corps adhérent, simplement par la forme géométrique à angle et plan inclinés, appelée *gradin* dans la préparation des cavités pour aurification.

Le ciment n'adhérant pas facilement à la porcelaine, il suffit de faire attaquer la porcelaine par l'acide fluorhydrique, et vous obtenez une surface suffisamment rugueuse pour que le ciment y adhère. Si la cavité est bien préparée, j'estime qu'il n'y a pas lieu de chercher d'autres moyens qui affaiblissent toujours l'inlay. Si vous essayez de le faire creux avec le procédé de la boulette d'or que nous a indiqué tout à l'heure M. Ferrand, qui est le procédé de Da Silva employé pour les porcelaines à basse fusion, les parois sont très minces et l'inlay se fracturera très facilement sous l'effort masticatoire.

M. Ferrand. — Je répondrai à M. Villain que dans certains cas la préparation de la cavité ne doit pas être nécessairement rétentive. Quant aux nouvelles préparations de cavités par M. Jenkins telles que les présentent les modèles à l'Ecole, un grand nombre sont parfaites, mais aussi, il en est où il y a absolument impossibilité de faire la rétention. Car opposer une résistance à une force ne suffit pas toujours pour faire adhérer un bloc à une dent, le principe est parfait mais son application souffre de nombreuses difficultés, et dans ces cas la rétention par le bloc est un adjuvant précieux. Depuis peu je fais la préparation des nouvelles cavités, mais, très souvent j'emploie le procédé enseigné par mon maître, M. Heïdé, dont la notoriété, en matière porcelaine surtout, est incontestable. Voilà pourquoi j'ai utilisé l'amiante.

M. Geoffroy-Devulder. — Quel est ce procédé?

M. Ferrand. — Tous ceux qui ont suivi les cours de l'Ecole den-

taire de Paris ont pu assister à ceux de M. Heïdé sur la porcelaine. Il enseignait la préparation des cavités avec des lignes harmonieuses, c'est-à-dire se rapprochant le plus de l'ovale (au point de vue esthétique la ligne ovale est la plus harmonieuse), et en évitant les angles.

V. — De l'utilité pour la conservation des racines, de leur coiffage avec frette, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton donne lecture de sa communication (V. *Odontologie*, 30 mars 1908, p. 241).

Discussion.

M. Roy. — Il y a déjà longtemps que mon excellent collègue M. Touvet-Fanton m'avait annoncé sa réponse. Je regrette qu'il ne l'ait pas faite plus tôt et qu'il n'ait pas fait cette réponse lorsque j'ai fait ma communication, il y a de cela au moins trois ans. Je tiens à rappeler exactement le titre de la communication que je fis à l'époque, car il indiquera bien exactement quel est mon sentiment dans la circonstance. Le titre était celui-ci : *De l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des racines* [1].

Il y a à considérer dans le coiffage des racines deux points tout à fait distincts :

Il y a à envisager d'une part le côté mécanique de la question, d'autre part le côté physiologique.

En ce qui concerne le côté mécanique : du moment qu'il y a un pivot sur une racine, si à ce pivot on ajoute une bague qui viendra emboîter une portion importante de cette racine, il est certain que l'on augmente la résistance mécanique du pivot. Ceci je ne l'ai jamais discuté et nous sommes d'accord là-dessus. On ne peut nier qu'au point de vue mécanique le coiffage des racines présente un appoint important, nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Mais pour ce qui est du coiffage des racines au point de vue de la conservation de celles-ci, c'est une autre chose et je prétends que le coiffage est inutile et même nuisible pour la conservation des racines, cela je l'ai dit et je le répéterai encore aujourd'hui, car, je le regrette pour M. Touvet-Fanton mais ses arguments n'ont pu me convaincre.

Il y a dans une racine normale trois tissus différents : l'un, l'ivoire, est un tissu absolument mort dès que la pulpe est détruite, les deux autres, le cément et la membrane périradiculaire, sont des tissus vivants, le cément vivant par l'intermédiaire de la membrane périradiculaire qui assure la continuité de circulation entre le cément et la muqueuse au collet de l'alvéole au delà du collet.

1. *Odontologie*, 1905. V. XXXIII, p. 207.

Abandonnée à elle-même, une racine, tant qu'elle a conservé ses rapports normaux avec la membrane périradiculaire se détruit du centre à la périphérie, le cément est l'élément qui résiste jusqu'à la fin, la racine se trouvant réduite à son cornet cémentaire.

L'ivoire étant un tissu inerte et sans moyen de défense contre les agents de destruction que l'on trouve si nombreux dans la bouche doit être protégé sans quoi il est voué à une désagrégation fatale; mais le cément, du moment qu'il a conservé ses relations physiologiques avec le ligament radiculaire, se défend par lui-même et ce qu'il faut surtout c'est ne pas toucher à ces adhérences ligamenteuses qui assurent la vie et par conséquent la conservation du cément. Celui-ci devient en effet vulnérable dans les parties qui ne sont plus en contact avec le ligament, ainsi qu'on l'observe dans la carie du collet qui ne se produit que sur les surfaces qui en sont dépourvues. Ceci va donc à l'encontre de ce que voulait prouver M. Touvet-Fanton en citant les caries du collet à l'appui de sa thèse.

Si on fait une coupe de la dent immédiatement au-dessous du collet, on voit qu'il y a une union intime entre la gencive et la membrane périradiculaire d'une part et le cément d'autre part, c'est cette union intime qui assure la vie du cément. Si l'on veut conserver celle-ci il importe donc de ne pas supprimer cette union intime ce que fait le frettage des racines. Le frettage, d'une part, fait un tissu mort d'une portion du cément et, d'autre part, amène fatalement la résorption du bourrelet gingival et la mise à nu de la bague entourant la racine par suite de la disparition des adhérences qui fixaient la fibromuqueuse gingivale à la racine.

M. Touvet-Fanton nous a parlé des accidents nombreux qui survenaient aux racines, notamment des caries du collet. La carie du collet, je viens de le dire, n'est pas un argument qui viendra infirmer ce que j'ai dit, puisqu'elle ne se produit que sur le cément, dépourvu de ligament. En ce qui concerne la périodontite expulsive, il s'agit de dents dont le ligament est en partie détruit. Je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas coiffer du cément dépourvu de ligament, j'ai dit qu'il fallait laisser le ligament adhérent au cément, mais quand il n'y a pas de ligament adhérent au cément, le coiffage de la partie dénudée du cément est une excellente chose, c'est un tissu mort qu'il faut empêcher de se détruire.

Les conditions favorables réalisées par la pose des couronnes sur les dents ne vient pas non plus infirmer ce que j'ai dit de l'inutilité du coiffage des racines puisque, lorsqu'on met une couronne sur une dent, c'est pour mettre à l'abri de l'extérieur, pour abriter toutes les parties de la dent dont la conservation n'est pas assurée par leur vitalité même comme c'est le cas pour le cément.

Lorsque l'on couronne une dent il faut abriter du contact extérieur

l'émail, l'ivoire et les parties de cément qui ne sont pas adhérentes au ligament, mais il n'est pas nécessaire que cette couronne détruise une partie des adhérences ligamenteuses et vienne descendre plus bas qu'il n'est nécessaire.

Donc, pour me résumer, ainsi que je l'ai déjà dit dans ma communication et comme je viens de m'efforcer de vous le démontrer un peu au pied levé, il y a deux considérations à envisager au point de vue du coiffage des racines : 1° la considération mécanique ; 2° la considération physiologique. La considération mécanique est indiscutable, c'est une affaire étendue, et moi qui viens de défendre les idées que vous venez d'entendre, je coiffe aussi parfois des racines, mais je ne le fais jamais pour les conserver mieux, je sais que j'irais contre mon but, mais parce que, dans ces cas, le côté mécanique prédomine sur le côté physiologique. Je fais cela sur des racines où j'ai besoin d'un gros effort mécanique et je le fais alors en lésant le moins possible le ligament radiculaire.

En ce qui concerne le côté physiologique, je ne saurais trop insister, lorsque les nécessités mécaniques ne l'imposent pas, sur le non frettage des racines et sur le respect de l'intégrité des adhérences cémento-ligamentaires des racines qui assurent mieux que toutes les bagues la conservation des racines.

M. Georges Villain. — Je suis heureux que M. Touvet-Fanton ait provoqué aujourd'hui, par son excellente communication, une discussion sur le coiffage des racines.

Récemment, à l'American Dental Club, la question a été portée à l'ordre du jour.

Dans la discussion, ce soir, on n'a fait qu'effleurer les conditions mécaniques qui plaident en faveur du coiffage des racines, la communication qui vient de nous être lue ne traite que du frettage, mais celui-ci n'étant que la conséquence du coiffage, je crois que nous devons nous placer à un point de vue général et étudier, les indications du coiffage des racines.

M. Roy qui n'est pas partisan du frettage, partant du coiffage en général, en est partisan cependant lorsque les conditions mécaniques l'exigent ; nous avons d'autres confrères, et des confrères éminents, qui condamnent le coiffage, entre autres Jenkins.

D'autres enfin ont cru voir dans la possibilité de couler les dents à pivot un moyen d'obvier aux inconvénients des bagues employées dans le coiffage.

Solbrig prétend que par l'adaptation parfaite de la surface d'or coulé sur le plancher de la racine il n'y a plus utilité à coiffer cette racine ; cela est faux, parce que l'ajustage parfait sur la surface de la racine est un facteur de grande valeur pour la conservation de celle-ci par prévention de carie, mais d'une valeur relative au point de vue de

la résistance à l'action mécanique très variable suivant les dents sur lesquelles elle s'exerce.

J'envisage simplement la dent à pivot et je prendrai comme exemple une incisive supérieure, cette dent supportant un effort linguo buccal.

Lorsque avec des ciseaux émoussés nous désirons couper un corps un peu résistant, il nous arrive invariablement d'écarter ou de tordre les lames sans couper le corps interposé entre elles : c'est là ce qui se produit lorsque le malade coupe une croûte de pain avec ses incisives, la couronne a tendance à être basculée labialement ; si le pivot est mou il se pliera progressivement sous l'effort, mais si ce pivot est, comme il doit être, en platine iridié, ce métal très dur ne cédera pas et la couronne entraînera avec elle la racine, mais elle n'entraînera que la portion labiale de cette racine, le pivot agissant contrairement sur la portion linguale ; d'autre part, la portion labiale de la racine ne trouvera qu'une faible résistance de la part de l'alvéole très mince sur ces dents, tandis que la portion linguale est fortement maintenue par le ligament alvéolo-dentaire. Il en résultera, à un moment donné, après répétition de cet effort, la fracture de la racine ; le trait de fracture se fera en sifflet ; nous connaissons tous cela, et passera un peu au-dessus de l'apex, se dirigeant vers la pointe du pivot, ce point de la racine étant affaibli, d'une part à cause de son volume restreint, d'autre part en raison de l'affaiblissement mécanique que nous aurons créé par l'élargissement du canal pour l'introduction du pivot.

Je sais bien que la racine non coiffée doit avoir un plancher préparé en deux plans inclinés, mais si vous prenez le point correspondant au trait de fracture sur la portion extrême de la racine, comme centre d'un cercle dont le rayon serait la ligne tirée de ce point au bord lingual du plancher de la racine, les plans inclinés devront pour être efficaces, se trouver en dehors de ce cercle car s'ils y sont inscrits ils ne sauraient offrir aucune résistance à l'effort.

Or pour obtenir un plan non inscrit dans ce cercle il le faut presque parallèle à l'axe de la racine ce qui équivaut à dire qu'il faut sur la partie linguale de la racine un plan droit ou presque, c'est-à-dire une portion de bague.

Il n'est pas toujours utile pour une dent à pivot, ne devant pas supporter de pont, d'enserrer complètement la racine, si celle-ci n'est pas amoindrie par une destruction profonde de tissus, une demi-bague sur les faces linguales et proximales est suffisante, il suffit en ce cas de faire le décorticage ou frettage de la racine très légèrement et sur les faces proximales seulement.

En procédant ainsi vous éviterez toujours la fracture de la racine, fracture qui oblige généralement à en faire l'ablation, son siège étant toujours aux environs de l'apex. De plus vous respectez davan-

tage le ligament que vous pouvez garder dans son intégralité, s'il reste à la partie linguale de la racine une petite portion émergeant du tissu gingival.

Je reste cependant partisan du coiffage complet de la racine lorsque celle-ci doit supporter un bridge, les conditions mécaniques étant alors bien différentes et les forces multiples, la résistance doit être calculée pour chaque cas.

Respecter le ligament chaque fois que nous le pouvons, ceci me semble logique, mais en détruire une légère portion comme nous le faisons pour le frettage n'est pas une contre-indication à mettre en parallèle avec les avantages que nous tirons de la bague pour les bridges, qui sont avant tout des appareils à action mécanique.

Etant donné l'heure avancée et l'importance de la question, il est décidé que la suite de la discussion est remise à la séance suivante.

VI. — Modèles de moufles a fond indépendant. — Levier de serrage, par M. J.-R. Rousseaux (de Roubaix).

M. Rousseaux. — Je vous présente un perfectionnement que j'ai apporté aux moufles à verrous et à brides.

J'ai remarqué personnellement et j'ai entendu dire par mes confrères, qu'en frappant sur les moufles pour retirer les pièces après la cuisson, on en refoulait les bords, ce qui abrège beaucoup leur durée. Il peut aussi arriver, lorsque la pièce est grande, et que les dents se trouvent près du bord du moufle, qu'un coup de marteau donné sur le moufle dans un moment d'inattention, casse des dents. De plus, avec le moufle ordinaire, il peut arriver pour les pièces à gencive, qu'on les abîme en les retirant, le couteau venant entailler la fausse gencive ; cet accident ne peut se produire avec mon moufle.

Pour éviter ces désagréments, j'ai trouvé et adopté le fond démontable que je puis appliquer à tous les systèmes de moufles.

Par ce perfectionnement, il suffit de retourner le moufle et de donner un léger coup de marteau sur le fond pour que le plâtre et la pièce sortent facilement. Ne frappant plus sur les bords des moufles, ceux-ci durent indéfiniment, surtout les moufles en bronze qui ont peu d'usure.

Un autre avantage, très appréciable, est de pouvoir chauffer directement, avant le bourrage, les moufles sur le fourneau à gaz, d'où le plâtre et la pièce ne sautent pas et la vapeur s'évapore par le fond.

Peut-être me direz-vous, en versant le plâtre gâché dans la première partie du moufle, le fond va se déplacer ? non, le plâtre bien préparé et versé à temps, ne doit pas contenir de bulles d'air, par conséquent pas besoin de heurter le moufle sur l'établi. Au besoin,

on peut adapter deux goupilles qui maintiennent le fond immobile, mais je n'en ai jamais reconnu la nécessité.

Aux moufles à coins, à verrous ou à clavettes, j'ai aussi adapté un anneau fixe ou mobile servant à les retirer de la machine, au moyen d'un simple crochet, pour éviter de se brûler, ce qui arrive fréquemment.

Je vous présente aussi un levier pour serrer, desserrer les machines à vulcaniser, ainsi que pour en retirer les moufles et visser les brides.

Ce levier est pratique, car il permet de serrer la machine sans grand effort et de plus, par son double emploi, on retire sans se brûler les moufles à verrous ou à clavettes.

VII. — Présentation d'un appareil pour la confection des inlays en or coulé, par M. Prével.

M. Prével présente un appareil ingénieusement construit destiné à la confection des inlays en or coulé dont la description sera donnée prochainement.

M. Prével signale certaines difficultés que l'on rencontre dans la confection des inlays en or ; il parle notamment de la projection accidentelle de l'or en dehors du creuset.

M. Roy au sujet de l'explosion de l'or, dit qu'il ne faut pas que ce soit l'eau ou le corps mouillé qui touche l'or en fusion, il faut que ce soit la vapeur d'eau, uniquement. C'est pour cela qu'il faut bien se garder de mettre trop d'eau sur l'amiante. Si, lorsqu'on abaisse le couvercle, c'est l'amiante qui touche directement l'or, on a aussitôt une explosion de cet or qui est projeté au dehors sous forme de grenaille. D'ailleurs on fait la grenaille de plomb en jetant le métal en fusion dans l'eau. C'est ainsi que se fabrique le plomb de chasse.

En raison de l'heure avancée, la lecture du rapport sur une modification à apporter au règlement est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

HYGIÈNE

UNE INNOVATION DANS L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE

Nous publions ci-dessous des documents des plus intéressants relatifs à l'hygiène dentaire dans les écoles et émanant du Ministère de l'Instruction publique ; ils seront accueillis avec satisfaction par le public professionnel.

Ils comprennent :

1° *Une lettre circulaire de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, aux inspecteurs d'académie, les informant qu'il a décidé de rendre obligatoires dans les écoles normales primaires, ainsi que dans les internats annexés à une école primaire supérieure, certaines prescriptions relatives à l'hygiène de la bouche ;*

2° *Une lettre circulaire aux recteurs d'académie, appelant leur attention sur l'importance de l'hygiène de la bouche et particulièrement des dents chez les écoliers, les inconvénients et les complications qui résultent de la négligence de cette partie de l'hygiène scolaire et la nécessité de prendre des mesures pour que dans les écoles normales les soins de la bouche soient désormais l'objet d'une surveillance rigoureuse de la part des chefs de ces établissements ;*

3° *Un document annexe exposant :*

A. L'organisation de deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires ;

B. Les soins à donner à la bouche ;

C. Un modèle de fiche dentaire [1].

Nous comptons étudier en détail et avec toute l'attention qu'ils méritent cette nouvelle organisation et ces intéressants documents, mais nous voulons dès maintenant adresser au Ministre de l'Instruction publique nos plus sincères félicitations pour cet important progrès dans l'hygiène scolaire, qui est une preuve nouvelle de la sollicitude des pouvoirs publics envers les enfants de nos écoles. Nous voulons, comme dentistes aussi, applaudir à cette initiative qui, comme la circulaire du Sous-Secrétariat à la Guerre pour les soldats, étend le bénéfice de l'art dentaire à une nouvelle et intéressante fraction de la population française qui en était privée et l'ignorait pour la plus grande partie, et par suite agrandit le domaine du dentiste.

---

1. Comme on le verra, ce modèle de fiche a été emprunté aux services du Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous y applaudissons également au nom des chirurgiens-dentistes diplômés de nos écoles dentaires au concours desquels l'Administration supérieure vient enfin faire appel d'une manière officielle. Nous y applaudissons surtout parce qu'elle reconnaît et consacre par l'estampille officielle les principes que nous n'avons cessé de défendre à l'Ecole dentaire de Paris ou à l'Association générale des Dentistes de France en matière d'hygiène et de services dentaires publics: les services d'inspection dentaire *distincts* des services de traitement *afin qu'au lieu de* dentisterie d'urgence *on puisse mettre la* dentisterie complète *à la portée des pauvres comme elle est à la disposition des riches. Ces principes, ne l'oublions pas, sont en accord avec l'intérêt général du public, l'intérêt professionnel des dentistes et l'évolution de la science odontologique.*

Ch. Godon.

MINISTÈRE
de
L'INSTRUCTION
PUBLIQUE
et
DES BEAUX-ARTS

DIRECTION
de
L'ENSEIGNEMENT
PRIMAIRE

5e BUREAU

Paris, le 23 mars 1908.

Le Ministre de l'Instruction publique
et des Beaux-Arts,

A Monsieur l'Inspecteur d'Académie d

J'ai décidé de rendre obligatoires dans les écoles normales primaires certaines prescriptions relatives à l'hygiène de la bouche. Elles font l'objet d'une circulaire que vous trouverez ci-jointe et que j'ai adressée à MM. les Recteurs.

Ces prescriptions devront être également observées dans les internats annexés à une école primaire et à une école primaire supérieure. S'il ne peut être question de les imposer dans les établissements qui ne reçoivent que des externes, il y a intérêt à les faire connaître aux familles. C'est pour ce motif que je vous prie de les insérer dans le *Bulletin départemental de l'enseignement primaire*.

Vous voudrez bien prendre les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des dispositions dont il s'agit.

Gaston Doumergue.

MINISTÈRE
de
L'INSTRUCTION
PUBLIQUE
et
DES BEAUX-ARTS

DIRECTION
de
L'ENSEIGNEMENT
PRIMAIRE
—
5e BUREAU

Paris, le 23 mars 1908.

Le Ministre de l'Instruction publique
et des Beaux-Arts

A Monsieur le Recteur de l'Académie d

L'hygiène de la bouche chez les écoliers a fait, au Congrès international d'hygiène scolaire qui a tenu ses assises à Londres au mois d'août 1907, l'objet d'importantes communications qui ont établi que cette partie de l'hygiène scolaire est de plus en plus, à l'étranger, l'objet de la sollicitude des pouvoirs publics.

En France, des mesures locales ont pu, parfois, être prises pour faire donner aux élèves de l'enseignement primaire les soins que réclame une bonne hygiène de la bouche. Mais aucune décision d'ordre général n'est, jusqu'à présent, intervenue. Cependant, si l'on consulte les documents les plus récents sur la matière, l'on constate que, par suite sans doute d'une alimentation insuffisante ou nuisible, un petit nombre d'élèves des divers pays, 5 o/o à peine, a une denture absolument saine, que la proportion des dents malades s'élève parfois jusqu'à 36 o/o de la denture et qu'elle ne s'abaisse nulle part audessous de 14 o/o, de telle sorte que l'on a pu écrire que, « de toutes les maladies populaires, la carie dentaire est la plus répandue ».

Les médecins combattent avec juste raison le préjugé populaire qui veut que le mal de dents, si douloureux qu'il puisse être, soit un malaise passager. Ils estiment que la carie dentaire est une maladie qui peut en déterminer d'autres beaucoup plus graves. A leur avis, l'enfant qui a la bouche pleine de dents gâtées et douloureuses ne saurait devenir fort, robuste et sain. Leur opinion, à cet égard, peut être ainsi résumée :

Sans parler de la fétidité de l'haleine, des maux de tête, des troubles locaux, fluxions, abcès, douleurs souvent intolérables qui proviennent du mauvais état des dents, nombre d'affections de l'estomac et de l'intestin sont provoquées ou aggravées par l'irritation des muqueuses consécutive à l'ingestion d'aliments insuffisamment soumis à l'action de la mastication et de la salive.

S'il est vrai qu'une simple irrégularité dans la disposition des dents peut déterminer des conséquences telles que la rupture de l'équilibre articulaire des dents, un développement anormal des mâchoires et de la face, des troubles de la phonation et de la respiration, à plus forte

raison doit-on s'attendre à ce que les dents malades deviennent un milieu de culture éminemment favorable aux plus redoutables microbes qui, par l'air, pénètrent jusque dans les poumons, avec la salive dans l'estomac, et, par la voie lymphatique, s'insinuent dans l'organisme, comme le prouve le gonflement des ganglions du cou chez presque tous les enfants ayant des dents cariées. Toujours dangereuses, ces complications le sont particulièrement chez l'enfant ou chez l'adolescent, parce que leur organisme en voie de formation, partant plus délicat, offre moins de résistance aux maladies infectieuses.

Les soins dentaires doivent être donnés dès le bas âge, au cours de la période pendant laquelle les dents, en voie de formation ou légèrement atteintes, peuvent être l'objet d'un traitement efficace. On peut poser en principe que toute dent malade qui n'a pas été soignée à temps, pendant l'enfance ou l'adolescence, est une dent perdue.

L'importance de l'hygiène dentaire est donc incontestable.

J'ai, en conséquence, décidé que, dans les écoles normales, des mesures seront prises pour que les soins de la bouche soient désormais l'objet d'une surveillance rigoureuse de la part des chefs de ces établissements. Ces mesures sont exposées dans le document annexé à la présente circulaire. Je vous prie de vouloir bien assurer leur exécution.

Gaston Doumergue.

ANNEXE

A. Organisation de deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires.

Les services d'inspection et de traitement dentaires doivent, dans les écoles normales, constituer deux services tout à fait distincts. La dépense du service d'inspection seul sera prélevée sur les crédits du budget des écoles normales.

Ce service sera confié à un chirurgien-dentiste diplômé d'une école dentaire, désigné par l'Administration sur la proposition du chef de l'établissement. Les dents de tous les élèves seront examinées par ce spécialiste deux fois par an et le résultat de l'examen sera consigné sur une fiche spéciale conforme au modèle ci-joint. Ces fiches seront conservées par les soins du chef de l'établissement. Elles permettront au service d'inspection dentaire de contrôler les soins qui auront pu être donnés à chaque élève, en dehors de l'établissement, conformément aux indications de sa fiche particulière.

Ce service, qui rendra les plus grands services, peut être organisé

à peu de frais : il suffit que le dentiste qui en sera chargé ait à sa disposition les fiches dentaires, un siège, une table pour y déposer ses instrumemts, de l'ouate hydrophile, un verre et de l'eau bouillie. Quelques séances suffiront à sa tâche, car il ne lui faudra pas plus d'une heure pour examiner une vingtaine d'enfants et établir la fiche dentaire de chacun d'eux.

En ce qui concerne le service de traitement dentaire, il ne peut être question de l'organiser à l'intérieur de nos internats primaires, car, d'une part, les frais d'installation seraient relativement considérables ; d'autre part, il s'agit ici d'une dépense qui incombe aux familles au même titre que les frais de maladie. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il existe des cliniques ou dispensaires gratuits dans toutes les villes, telles que Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, où sont installées des écoles dentaires. Il sera facile aux chefs des établissements situés dans ces villes ou dans leur voisinage immédiat d'assurer dans les conditions les plus favorables à leurs élèves les soins des praticiens des dispensaires.

Partout ailleurs, à défaut d'un dentiste désigné par les parents, le service de traitement dentaire, organisé en dehors de l'école, sera confié à un dentiste diplômé d'une école dentaire,désigné par l'Administration, sur la proposition du chef de l'établissement, c'est-à-dire dans les mêmes conditions que le chef de service de l'inspection dentaire. Mais il est entendu que les services d'inspection et de traitement resteront distincts et qu'en aucun cas ils ne seront réunis dans les mêmes mains, le premier étant appelé à contrôler le second.

Les honoraires du dentiste traitant seront réglés, pour chaque opération, d'après un tarif conventionnel, nécessairement variable suivant les localités, qui sera, préalablement à tout traitement, soumis à l'agrément des familles intéressées.

Une fiche dentaire en blanc, du modèle adopté, spéciale à chaque élève soigné, sera remise au dentiste chargé du service de traitement, lequel y inscrira avec précision, conformément aux indications imprimées sur la fiche, les renseignements concernant les dents traitées et la nature des opérations. Cette fiche, dûment remplie, sera retournée à l'école, où elle sera contrôlée par le dentiste inspecteur au moyen de la fiche établie par lui-même.

B. Soins à donner à la bouche.

En ce qui concerne les soins à donner à la bouche, les dents doivent être très attentivement nettoyées sinon après chaque repas — ce qui serait l'idéal — du moins deux fois par jour, le matin après le lever et surtout le soir après le souper. Il est à remarquer que les légumes et, d'une manière générale, les aliments renfermant de l'ami-

don ou du sucre, tels que le pain, la pomme de terre, le riz, les matières sucrées, en particulier celles qui adhèrent aux dents, sont bien plus nuisibles que la viande, non seulement parce que ces aliments se divisent en particules très fines qui s'insinuent dans les interstices ou dans les cavités dentaires, mais parce qu'ils attaquent les dents, après s'être transformés en matières acides. Or, c'est pendant la nuit que cette transformation peut s'opérer le plus à loisir et qu'elle s'exerce, par conséquent, de la manière la plus nocive. Il est donc de toute nécessité que la bouche soit nettoyée, ou tout au moins soigneusement rincée avant le coucher et qu'après le dernier nettoyage de la journée on s'abstienne de prendre aucun nouvel aliment.

Pour le nettoyage des dents, il est préférable d'employer une brosse très dure qui sera elle-même soigneusement nettoyée après chaque utilisation et conservée à l'abri de la poussière et des contacts douteux, dans un étui de verre, par exemple. Autant que possible, on se servira d'une brosse dont les soies seront allongées à l'extrémité, cette disposition permettant à la brosse d'atteindre plus sûrement la surface postérieure des dents de sagesse et les parois internes de toutes les dents.

Le brossage aura lieu dans tous les sens, sur toutes les faces, c'est-à-dire en arrière et au fond comme en avant, sans qu'on craigne de frotter vigoureusement les gencives et même de les faire saigner. Pour que le nettoyage des interstices des dents soit efficace, il importe que le brossage soit pratiqué très attentivement de bas en haut et de haut en bas, c'est-à-dire perpendiculairement aux gencives. Les particules d'aliments qui, logées entre les dents, résisteraient à l'action de la brosse, devront être enlevées au moyen d'un cure-dents en plume d'oie ou d'un fil de soie qu'on passera entre les dents.

L'eau pure bouillie, le bicarbonate de soude, la craie préparée, ou un mélange des deux à parties égales, sont particulièrement recommandés pour le nettoyage des dents. Des savonnages énergiques (au savon blanc) des dents et des gencives, suivis d'un rinçage à l'eau bouillie, boriquée si possible, peuvent être également employés.

Dans le cas où la bouche suppure par quelque point, en outre du brossage avec une des solutions qui viennent d'être indiquées, des bains de bouche, avec une solution antiseptique, répétés plusieurs fois par jour, s'il est nécessaire, auront un effet utile. La formule suivante est donnée à titre d'indication :

Acide phénique.....	5 grammes	dans un litre d'eau bouillie
Alcool............	10 —	

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

PÉTITION STOMATOLOGIQUE
ARGUMENTATION ODONTOLOGIQUE

M. Cruet a cru devoir adresser à tous les membres de la Commission de réforme des études médicales une sorte de pétition où, sous forme d'aphorismes, il expose les raisons péremptoires pour lesquelles, selon lui, le dentiste doit être docteur en médecine.

Force nous est de constater que les raisons exposées par le rédacteur en chef de la Revue de Stomatologie *ne sont que de purs sophismes et il nous a paru piquant de prendre les arguments mêmes du chef des stomatologistes pour montrer que les raisons qu'il donne à l'appui de sa thèse vont absolument à l'encontre de son but, puisque par des déductions de pure logique elles nous permettent de conclure en faveur du diplôme spécial de* chirurgien-dentiste.

Nous publions ci-dessous le texte de M. Cruet avec, en regard, la contre-partie que nous avons rédigée; au lecteur de dire de quel côté se trouvent le droit et la raison.

Le dentiste doit être docteur en médecine.	**Le dentiste doit avoir un diplôme spécial.**
La revision de la loi médicale de 1892, qui a créé le diplôme spécial de chirurgien-dentiste, fera certainement l'objet des délibérations de la Commission des réformes médicales.	Il ne semble pas probable que la revision de la loi médicale de 1892 fasse l'objet des délibérations de la Commission des réformes médicales, même en ce qui concerne le diplôme spécial du chirurgien-dentiste qu'elle a créé.
Une solution s'impose : l'obligation pure et simple du doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire, de la *stomatologie*. La question de l'*enseignement spécial* doit être subordonnée à cette réforme primordiale.	L'obligation pure et simple du doctorat en médecine pour l'exercice de la stomatologie et de l'art dentaire ne saurait être une solution qui s'impose actuellement. La question de l'enseignement spécial ne peut être subordonnée

Le dentiste doit être docteur en médecine.

Les dentistes doivent être médecins, c'est-à-dire docteurs en médecine, pour les raisons suivantes brièvement résumées :

1° La création du diplôme spécial de chirurgien-dentiste en 1892 fut toujours considérée comme provisoire, même au moment du vote de la loi. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter aux discussions de la Chambre et aux discours du Commissaire du Gouvernement, M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. On fut généralement d'accord qu'il était absolument désirable que les dentistes fussent médecins, le nombre insuffisant de ceux qui exerçaient la spécialité (40 ou 50) fut seul invoqué pour justifier le titre spécial et inférieur de chirurgien-dentiste ;

2° Or, à l'heure actuelle, près de 600 docteurs en médecine (dont liste nominative peut être établie) exercent l'art dentaire en

Le dentiste doit avoir un diplome spécial.

à cette obligation et reste la réforme primordiale pour l'évolution des études odontologiques.

Les dentistes ne doivent pas être nécessairement des médecins, c'est-à-dire des docteurs en médecine, pour les raisons suivantes brièvement résumées :

1° La création du diplôme spécial de chirurgien-dentiste en 1892 ne fut que la consécration d'un usage qui existait dans la plupart des pays civilisés et en France depuis plus d'un siècle. Elle ne fut donc pas considérée comme provisoire au moment du vote de la loi. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter aux discussions de la Chambre et du Sénat et aux discours du Commissaire du Gouvernement, M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine.

On fut généralement d'accord au Parlement qu'il était absolument désirable que les dentistes fussent chirurgiens-dentistes. Ce n'est pas seulement le nombre insuffisant de médecins qui exerçaient la spécialité (quarante ou cinquante), mais c'est surtout la grande difficulté qu'il y a pour eux, après cinq ou six ans d'études médicales, d'obtenir une préparation technique suffisante qui furent invoqués pour justifier le titre, les études et les examens de chirurgien-dentiste ;

2° Or, à l'heure actuelle, sur les cinq ou six mille praticiens exerçant l'art dentaire en France à des titres divers, moins de 10 pour o/o

Le dentiste doit être docteur en médecine.

France, tant à Paris qu'en province. Chaque jour ce nombre s'accroît et il augmenterait dans des proportions inattendues le jour où l'obligation du doctorat serait un fait accompli. De 50 par année (chiffre actuel), il passerait rapidement à 100, 150 et même 200, c'est-à-dire que, du même coup, l'encombrement médical, d'abord, et l'encombrement dentaire, devenu intolérable, seraient supprimés ou atténués dans une large mesure ;

3° La réforme est demandée, presque exigée par l'opinion médicale, par un grand *nombre de chirurgiens-dentistes* et des plus qualifiés, par l'immense majorité des stomatologistes (Société de Stomatologie, Société médicale des Dentistes des Hôpitaux). Le bon sens l'impose ;

4° On est médecin ou on ne l'est pas. La médecine est un tout qui ne se scinde pas. On ne peut connaître isolément l'anatomie ou la pathologie d'une région ou d'un organe sans avoir des connaissances suffisantes en médecine générale. Or, il n'y a qu'un titre, en France, qui assure ces connaissances synthétiques du médecin, c'est le titre de docteur en médecine. Tout titre

Le dentiste doit avoir un diplome spécial.

possèdent le diplôme de docteur en médecine, tant à Paris qu'en province (la liste nominative peut en être établie). Depuis quinze ans que la loi a été votée, ce nombre ne s'accroît que lentement et ne saurait augmenter dans des proportions suffisantes pour les besoins du public, si l'obligation du doctorat devenait un fait accompli. Il faudrait une bien longue période pour que le chiffre actuel de cinq cents, obtenu au bout de quinze ans, devienne cinq mille, nombre actuel des dentistes et l'on ne voit pas bien l'action que cette lente substitution pourrait avoir sur l'encombrement médical pas plus que sur l'encombrement dentaire ;

3° La suppression du diplôme de chirurgien-dentiste n'est pas plus réclamée par l'opinion publique que par l'opinion médicale ou dentaire ; un petit nombre de médecins-dentistes de la Société de Stomatologie seul la demande, mais elle est repoussée par l'immense majorité des dentistes et des sociétés dentaires en France. Le bon sens la repousse ;

4° *Lorsqu'on est médecin, on n'est pas chirurgien-dentiste*. L'art dentaire est une profession spéciale qui nécessite des connaissances suffisantes de médecine générale, mais aussi l'anatomie et la pathologie de la bouche et surtout des dents, ainsi que le traitement théorique et pratique de leurs affections. Or, ces matières ne sont pas comprises en général d'une manière suffisante ou même

Le dentiste doit être docteur en médecine.

inférieur constitue un danger pour la sécurité publique. C'est pour cela qu'on a supprimé les officiers de santé ;

5° Les dentistes font des opérations de toute espèce, emploient les mêmes anesthésiques, les mêmes médicaments et toxiques que les chirurgiens et les médecins. Leurs moyens et leurs méthodes sont semblables. Leurs clients courent les mêmes risques des mêmes accidents (hémorragies, syncopes, etc.), demandant les mêmes secours et la même thérapeutique. Tout cela est l'évidence même. Les dentistes, aujourd'hui, sont donc des médecins et des chirurgiens ;

Le dentiste doit avoir un diplome spécial.

quelconque dans les études des futurs médecins ni enseignées dans les Facultés de médecine, mais seulement dans les écoles dentaires ; il n'y a qu'un titre en France qui assure la possession de ces connaissances spéciales, c'est le titre de chirurgien-dentiste. Tout titre différent constitue à l'heure actuelle une garantie insuffisante pour la sécurité publique. Le titre de chirurgien-dentiste n'a aucune analogie avec le titre d'officier de santé, qui constituait réellement un titre inférieur au point de vue de l'exercice de la médecine sur celui de docteur en médecine;

5° Les dentistes font des opérations de toutes espèces fort différentes de celles des chirurgiens et des médecins : ces opérations ont pour la plupart plus d'analogie avec les arts mécaniques et la prothèse, comme les obturations, les aurifications, les inscrustations d'or ou de porcelaine, les couronnes, les bridges, les appareils de redressement, etc... ; les quelques opérations chirurgicales fort restreintes qu'ils font et l'emploi des anesthésiques et des toxiques, à dose infinitésimale qu'ils emploient, et auxquels leurs études spéciales les ont préparés, ne sauraient offrir les mêmes risques, faire courir les mêmes accidents que les opérations des chirurgiens. Tout cela est l'évidence même. Le dentiste aujourd'hui est donc plus un prothésiste qu'un médecin ;

LE DENTISTE DOIT ÊTRE DOCTEUR EN MÉDECINE.

6° Un diplôme spécial, c'est-à-dire inférieur, pour les dentistes, est dangereux et illogique. Illogique, car limitatif quant aux connaissances exigées, il ne l'est pas, il ne peut l'être quant aux opérations ou interventions thérapeutiques ; dangereux, parce qu'en laissant croire au public que l'art dentaire est inférieur, il persuade faussement que les soins de la bouche et des dents ne sont pas aussi importants que ceux des autres régions ou organes. Il est de plus immoral, car il ne donne que des garanties fausses et illusoires : il trompe le public qui n'a pas affaire au médecin qu'il demande;

7° Il est une dangereuse erreur de croire qu'un dentiste est complet parce qu'il fera une opération technique (aurification, appareil) suffisante. C'est prendre la partie pour le tout, l'apparence pour la réalité ; la simple habileté manuelle pour le savoir nécessaire et les connaissances médicales ;

LE DENTISTE DOIT AVOIR UN DIPLOME SPÉCIAL.

6° Un diplôme spécial pour les dentistes est donc logique. Logique parce qu'il répond aux études spéciales qui sont nécessaires pour l'exercice de cette profession ; parce qu'il limite les opérations et les interventions thérapeutiques qui constituent son domaine et l'empêchent d'empiéter sur le domaine médical ; il ne saurait être considéré comme inférieur à celui de docteur en médecine, mais simplement comme différent. Le diplôme de docteur en médecine seul, s'il n'est pas complété par le titre spécial de chirurgien-dentiste ou le diplôme d'une école dentaire, pourrait être considéré comme dangereux parce qu'il laisserait croire que celui qui le possède a reçu une préparation spéciale suffisante à l'exercice de l'art dentaire, ce qui n'est pas ; il donnerait ainsi des garanties fausses et illusoires, il tromperait le public qui n'aurait pas ainsi affaire au praticien qu'il demande, ce qui serait, de plus, immoral ;

7° Il est une vérité qu'on ne saurait trop répandre, c'est que, pour un dentiste, l'habileté technique est inséparable des connaissances théoriques ; un dentiste n'est complet, ou au moins ne possède l'essentiel, que lorsqu'il est capable de faire les opérations techniques (obturations, aurifications, appareils d'orthodontie et de prothèse, etc.) d'une manière suffisante. Les connaissances médicales complètes ne sauraient remplacer, pour le public, les

Le dentiste doit être docteur en médecine.

8° Seule, l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes rétablira l'unité si indispensable dans la profession, mettra fin à toutes les discussions stériles, amènera l'*enseignement rationnel de la spécialité,* assurera à toutes les classes la même qualité de soins et les mêmes garanties, c'est-à-dire la véritable égalité ;

9° Sur tous ces points, qui demanderaient de larges développements, la Société de Stomatologie, par ses délégués, est prête à donner à la *Commission des réformes médicales*, si elle le juge utile, les explications nécessaires et à présenter des documents.

D[r] Cruet.

Le dentiste doit avoir un diplome spécial.

connaissances techniques et la simple habileté manuelle, ce serait prendre l'apparence pour la réalité et pour le savoir nécessaire ;

8° Seule, l'obligation pour tous les dentistes d'un titre spécial, celui de chirurgien-dentiste ou d'un titre spécial comme le doctorat en chirurgie dentaire analogue à celui qui existe dans les universités des Etats-Unis, du Canada, du Brésil, etc., obtenu après une scolarité spéciale de cinq années conformément au programme actuellement soumis au Conseil supérieur de l'Instruction publique, pourrait établir l'unité si indispensable dans la profession dentaire, mettrait fin à toutes les discussions stériles, couronnerait l'enseignement rationnel de la spécialité, assurerait à toutes les classes la même qualité de soins et les mêmes garanties c'est-à-dire la véritable égalité ;

9° Sur tous ces points, qui demanderaient de larges développements, la Société d'Odontologie de Paris, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France et la Fédération dentaire nationale par leurs délégués sont prêts à donner à la Commission des réformes médicales, si elle le juge utile, les explications nécessaires et à présenter des documents.

D[r] Ch. Godon.

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RAPPORT

DE LA

Commission des Réformes des Études dentaires et de l'Orientation professionnelle.

Par MM. Roy et G. Villain, rapporteurs,

Présenté aux assemblées plénières des 9 novembre 1907 et 28 mars 1908.

Depuis sa fondation, le **Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France** n'a cessé de se préoccuper des études dentaires et de l'orientation professionnelle.

La loi de 1892, première phase de la reconnaissance officielle des études dentaires, ne donne pas satisfaction sur un grand nombre de points à notre corps professionnel. Elle n'a pas été faite, en effet, par les dentistes : ce fut une loi de défense professionnelle médicale, d'où ses lacunes.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a, depuis longtemps, compris qu'il fallait apporter de profondes modifications : 1° au recrutement des élèves ; 2° à la durée des études ; 3° au programme de ces études ; 4° à la délivrance des inscriptions ; 5° aux examens de fin d'études conférant le droit d'exercice légal de l'art dentaire.

En 1903 une Commission nommée par l'Ecole alla réclamer des réformes au Recteur de l'Académie de Paris.

Un rapport fut adressé à ce dernier en 1904, transmis par lui au Ministère de l'Instruction publique, enfin à la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public [1].

Le 24 juin 1904 le directeur de notre Ecole fut convoqué par cette Commission pour développer les idées contenues dans ce rapport. La Commission en accepta les principales conclusions, adopta le stage de prothèse de deux ans et chargea notre directeur d'un rapport sur l'examen de la validation de ce stage [2]. La Commission acceptait que ce stage fût fait chez le dentiste ou dans les écoles reconnues d'utilité publique et rattachées à l'Assistance publique. Il fallut alors faire les démarches nécessaires pour

1. Voir *Odontologie* du 15 septembre 1904.
2. Voir *Odontologie* du 30 novembre 1904.

obtenir ce rattachement ; elles aboutirent et le Ministre en fut informé le 6 novembre 1906[1]. Le directeur de l'Enseignement supérieur fut chargé de la rédaction des décrets de réforme et, les 3 décembre 1906 et 7 février 1907, notre directeur demandait, par lettre, des modifications, d'accord en cela avec le Bureau de l'Ecole[2].

La Commission de médecine et de pharmacie nomma alors M. le professeur Lannelongue rapporteur. Son rapport, qui a été publié[3], fut discuté et approuvé avec de légères réserves le 12 mars 1907[4], en une séance plénière du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, du Bureau de l'Association générale, de la Commission exécutive du Groupement, du Bureau de la Société de l'Ecole dentaire de Lyon et du Bureau de la Fédération dentaire nationale. M. le professeur Lannelongue en a été avisé par lettre du 16 mars 1907[5].

Les décrets étaient préparés en conformité lorsque, vers le milieu d'avril 1907, le Ministère nomma une grande Commission de réforme des études médicales. Les stomatologistes saisirent cette occasion pour envoyer aussitôt à la Commission de médecine et de pharmacie deux délégués, qui prétendirent qu'il était prématuré de réformer les études dentaires avant les études médicales. De son côté, la Commission de réforme des études médicales, à peine nommée, chargea de l'élaboration d'un rapport une sous-commission qui, considérant l'art dentaire comme une spécialité de l'art médical, est en majorité peu favorable au chirurgien-dentiste.

Ces événements ont arrêté la promulgation des décrets, qui étaient prêts à paraître, et l'on attend au Ministère, pour aboutir, que la Commission de réforme ait formulé son avis.

Cette Commission élaborera-t-elle un projet de réforme des études dentaires conforme à nos idées odontologiques ? On peut en douter après l'expérience antérieure de 1892 et après ce qui vient de se passer à la sous-commission. Aussi a-t-il paru nécessaire à notre Groupement d'engager une action pour faire aboutir nos revendications. A l'instant où la profession médicale avait semblé, dans une assemblée importante (Congrès des praticiens), vouloir modifier une organisation d'enseignement peu disposée aux innovations et où le Ministre avait senti le besoin de quelques réformes dans l'enseignement médical, la Société d'Odontologie de Paris, jugeant le moment favorable, ouvrit, le 22 janvier 1907, sur la demande de M. Touchard, un débat sur les réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle[6].

1, 2, 4, 5, 6. Voir *Annexes*. Il n'a pas été possible de joindre à ce rapport les Annexes à cause de leur longueur, mais elles restent à la disposition des intéressés au Secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris.

3. Voir *Odontologie* du 15 mars 1907.

MM. Blatter, Frey, Godon, Loup, Mahé, Roy, Touchard, Touvet-Fanton, etc., inscrits à ce débat, exposèrent dans cette séance leurs idées personnelles.

Il fut alors décidé, sur la proposition de M. Touchard, puis de M. Rigolet, que ce débat serait porté devant le Groupement tout entier et, le 20 avril 1907, une assemblée plénière chargea le Bureau du Groupement de nommer une Commission d'au moins 12 membres[1]. Sur la proposition de M. L. Lemerle, il fut adjoint à ces 12 membres 4 membres de province ; enfin la Commission elle-même, faisant appel à toutes les bonnes volontés et à tous ceux qui s'étaient intéressés plus particulièrement à la question, porta successivement le nombre des commissaires à 18, 22, 23, et s'arrêta finalement à 24. Ces membres sont :

MM. J. d'Argent, Barrié, Bioux, Blatter, Brodhurst (Montluçon), Cavalié (Bordeaux), G. Fouques, Frey, Godon, Francis Jean, Jeay, L. Lemerle, G. Lemerle, Loup, Mahé, P. Martinier, Monnin (Le Mans), Pont (Lyon), Rigolet (Auxerre), Roy, Sauvez, Touchard, Touvet-Fanton, G. Villain.

*
* *

La Commission, réunie pour la première fois le 10 mai 1907[2] chez M. Francis Jean, constitua son bureau ainsi :

Président : M. Ch. Godon, président du Groupement.

Vice-Présidents : MM. Francis Jean, président de l'Association générale des dentistes de France, Touvet-Fanton, président de la Société d'Odontologie.

Secrétaire : M. G. Villain.

Dès cette séance la Commission précisa son but et traça son programme pour aboutir à des conclusions à présenter à tous les membres du Groupement sous forme de rapport.

Pour faciliter le travail et rendre les discussions aussi claires que complètes, la Commission, sur la proposition de M. Godon, mit à l'ordre du jour six questions devant faire chacune l'objet d'un rapport partiel et sommaire. Ces six rapports, une fois discutés et adoptés, devaient être fondus ensuite dans un rapport d'ensemble qui serait soumis à une assemblée plénière et qui représenterait le programme des principales revendications de notre Groupement au sujet de la réforme des études dentaires.

C'est ce rapport d'ensemble que nous avons l'honneur de vous présenter.

---

1. Voir *Odontologie* des 15 et 30 mars 1907.
2. Voir *Annexes*.

Les six questions qui furent mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Études préliminaires : rapporteurs, MM. Roy, Touvet-Fanton.

2° Études techniques : rapporteurs, MM. G. Fouques, Francis Jean, G. Villain.

3° Études scientifiques et médicales : rapporteurs, MM. Francis Jean, Mahé.

4° Diplôme : rapporteurs, MM. Loup, P. Martinier.

5° Situation faite par les réformes aux écoles dentaires reconnues d'utilité publique : rapporteurs, MM. J. d'Argent, Godon, L. Lemerle.

6° Rapports de l'art dentaire et de l'art médical : rapporteurs, MM. Frey, Sauvez, Touchard.

*
* *

Dans sa deuxième séance, tenue à l'École le 28 mai 1907 [1], le président exposa l'historique de la réforme des études dentaires et de l'orientation professionnelle et déposa les documents suivants :

1° Le rapport au Recteur de l'Académie de 1904.

2° Le rapport sur le projet d'examen de validation de stage de 1904.

3° Les lettres au Ministre des 6 novembre et 3 décembre 1906.

4° Le rapport Lannelongue.

5° Deux lettres à M. Lannelongue des 7 février et 16 mars 1907 [2].

6° Les documents relatifs au rattachement du dispensaire de l'École à l'Assistance publique [3].

La Commission ouvrit la discussion générale. Le rapport Lannelongue, pris comme base de discussion, rallia, dans son ensemble la majorité de la Commission.

Tous les commissaires se déclarèrent partisans en principe de l'autonomie de l'art dentaire, mais tous ne furent pas partisans de l'autonomie complète.

C'est ainsi que M. Touchard est partisan du titre de docteur en médecine avec deux années d'études spéciales dans une école dentaire et, comme mesure transitoire, l'équivalence des douze inscriptions accordées au chirurgien-dentiste actuel en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine. M. Touvet-Fanton désirerait l'égalité d'origine et de titre pour le dentiste comme pour le médecin et la possibilité de poursuivre les études médicales par équivalence.

1, 2. Voir *Annexes*.
3. Voir *Odontologie* du 30 octobre 1906.

M. Mahé désirerait voir l'enseignement divisé ainsi : la partie médicale à la Faculté, l'enseignement technique dans les écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

Tous les autres commissaires réclamèrent l'autonomie complète de l'art dentaire avec élévation des études préliminaires, stage de prothèse, réforme des examens conférant le droit d'exercice.

Quant au titre, il a fait l'objet de vœux divers émis par les commissaires :

Doctorat en médecine avec 2 années d'études spéciales dans une école dentaire : M. Touchard.

Doctorat spécial (Doctorat en chirurgie dentaire ou en odontologie) : MM. Loup, Touvet-Fanton, etc.

Licence en chirurgie dentaire avec accès au doctorat en médecine : M. Mahé.

Maintien du titre actuel de chirurgien-dentiste : MM. Francis Jean, P. Martinier, etc.

La discussion générale close, la Commission aborda la première question : Etudes préliminaires.

La Commission tout entière a désiré voir élever le niveau des connaissances préliminaires générales exigées des candidats à la pratique légale de l'art dentaire.

MM. Loup, Mahé, Touchard, Touvet-Fanton proposent l'obligation du baccalauréat, comme pour les autres Facultés.

MM. Roy et G. Villain combattent cette proposition, se rallient au rapport Lannelongue et demandent le certificat d'études primaires supérieures ou le baccalauréat ; ils ne seraient pas éloignés de demander un examen d'entrée spécial à l'École dentaire comme pour l'École Centrale.

La Commission se met d'accord pour accepter le texte adopté par la Fédération dentaire internationale à Stockholm en 1902.

M. Godon faisant remarquer que le baccalauréat tend à être supprimé pour la Faculté (projet Briand), la Commission adopte la formule suivante présentée par M. Roy et amendée par M. Jeay :

« Les connaissances préliminaires qui devront être exigées des » futurs dentistes, avant le commencement de leurs études professionnelles, seront les mêmes que celles dont doivent justifier » les autres étudiants des Facultés. Transitoirement la Commis- » sion adopte le projet Lannelongue en ce qui concerne les études » préliminaires. »

*
* *

Dans sa troisième séance, tenue à l'École le 18 juin 1907[1], la

1. Voir *Annexes*.

Commission entend M. Cavalié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, qui développe ses idées sur les réformes des études dentaires et l'orientation professionnelle, idées en concordance avec celles de la majorité des commissaires en ce qui concerne l'autonomie complète de l'enseignement dentaire, mais différentes au point de vue de l'intervention de l'État, dont M. Cavalié est partisan, suivant le plan déjà exposé dans son rapport au Ministre [1].

La seconde question — Études techniques — est mise en discussion. La Commission, après avoir entendu et discuté les rapports de MM. Rigolet et G. Villain, repousse le stage chez le dentiste que demandait M. Rigolet, les commissaires estimant que : 1° toutes les sciences accessoires ne peuvent être enseignées dans le laboratoire d'un dentiste ; 2° l'élève pourrait être trop souvent sous la direction d'un mécanicien ne possédant pas les aptitudes pédagogiques nécessaires à l'enseignement méthodique et scientifique de la prothèse ; 3° le contrôle ne serait pas possible.

M. L. Lemerle demande que le stage puisse se faire dans le laboratoire d'une école dentaire reconnue d'utilité publique, dans une école de l'État ou dans les laboratoires des dentistes habitant les villes qui sont le siège d'une Université. Cette proposition, combattue par M. Rigolet, est repoussée par la Commission, qui adopte les conclusions du rapporteur (M. G. Villain) reproduisant à peu près celles du rapport Lannelongue :

« Les études dentaires ont une durée de 5 ans et se décomposent ainsi :

« 1° Deux ans de stage de prothèse au laboratoire avec des » cours théoriques de sciences accessoires se rapportant à la pro- » thèse (physique, chimie, métallurgie, mécanique). Ce stage se » fera dans une école dentaire reconnue d'utilité publique ou dans » une Université d'Etat où l'enseignement dentaire sera organisé » et sera terminé par un examen de validation ;

» 2° Trois ans de scolarité dans une école dentaire, avec des examens techniques annuels. »

M. Mahé avait demandé la superposition de la 2e année de stage et de la 3e année de scolarité de manière à ramener la durée totale des études à 4 ans. — Repoussé.

La Commission émet en outre le vœu suivant présenté par MM. Blatter et Villain : « Après l'examen de validation du stage subi à l'Ecole dentaire, le 1er examen d'Etat (Anatomie) sera subi à la fin de la première année de scolarité ; le 2e (Pathologie) à la

1. Voir *Annexes*.

fin de la seconde; le 3e examen, purement technique, sera subi dans une école dentaire reconnue d'utilité publique, à la fin de la dernière année, avec des épreuves pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse à exécuter en loge si possible, et devant un jury composé de chirurgiens-dentistes. »

*
* *

La 4e séance fut tenue à l'Ecole le 16 juillet 1907[1]. La discussion porta sur la troisième question — Etudes scientifiques et médicales.

M. Mahé présente un rapport dans lequel il se déclare partisan de l'autonomie relative, c'est-à-dire du dentiste ayant des connaissances techniques et suffisamment de connaissances médicales pour devenir au besoin docteur en médecine. Pour atteindre ce but, il propose de scinder les études en deux : 1° études techniques faites dans les écoles dentaires reconnues d'utilité publique; 2° études scientifiques et médicales faites dans les Facultés compétentes.

La Commission adopte la première partie de la proposition de M. Mahé :

« Les études médicales des dentistes doivent être telles que, » d'une façon absolue, elles soient suffisantes à l'exercice autonome » de cet art. »

La deuxième conclusion de M. Mahé :

« Les études médicales des dentistes doivent être telles qu'elles soient un bagage une fois acquis susceptible de le mener par simple accroissement et sans recommencement au doctorat en médecine » est repoussée et renvoyée à la séance où seront discutés les rapports entre l'art médical et l'art dentaire; cependant un vœu se rapprochant de cette proposition fut adopté à la dernière séance.

La 3e conclusion : « L'enseignement médical pour les dentistes doit être donné dans les centres médicaux » est également repoussée et les deux propositions suivantes de M. Roy sont alors adoptées :

« 1° L'enseignement scientifique et médical doit, comme l'enseignement dentaire, être donné dans les écoles dentaires et par des cours faits spécialement pour les dentistes, afin qu'ils soient exactement adaptés aux besoins de l'enseignement nécessaire aux dentistes. »

« 2° Les études dentaires doivent être organisées conformément

---

1. Voir *Annexes*.

à une méthode parallèle de tous les cours, c'est-à-dire que les cours de l'enseignement scientifique et médical et ceux de l'enseignement dentaire technique doivent être suivis simultanément par les étudiants. »

La Commission aborde ensuite la 4e question — Diplôme — sur laquelle M. P. Martinier présente et défend un rapport dont les conclusions sont adoptées :

« Maintien du titre de chirurgien-dentiste, transitoirement, et pour le moment, conformément au projet Lannelongue. »

L'orientation vers le doctorat en médecine est repoussée, la Commission décidant que « l'orientation doit se faire vers un doctorat spécial autonome (doctorat en chirurgie dentaire ou doctorat en odontologie) », suivant les conclusions présentées par le président [1].

* * *

Enfin dans sa dernière séance, tenue à l'École le 24 septembre 1907 [2], la Commission entend un très intéressant rapport de M. Monnin [3] dont les idées et les conclusions sont en tous points conformes aux décisions déjà prises.

La Commission étudie ensuite la 5e question : Situation faite par les réformes aux écoles dentaires reconnues d'utilité publique — et la 6e question : Rapports de l'art dentaire et de l'art médical.

Le président pose les questions suivantes :

1° Les deux écoles dentaires libres de Paris reconnues d'utilité publique et dont les dispensaires sont assimilés aux dispensaires de l'Assistance publique, l'Ecole de Lyon, en voie d'être reconnue, et les groupements professionnels qui les patronnent, doivent-ils considérer leur rôle d'enseignement préparatoire à l'examen d'État comme terminé et doivent-ils laisser la place, à Paris et à Lyon, à l'enseignement officiel organisé par l'Etat, comme celui-ci l'a fait aux Universités de Nancy, de Lille et de Bordeaux ?

La Commission répond *non* à l'unanimité et considère qu'au contraire les écoles doivent continuer leur œuvre d'enseignement.

MM. Mahé, Touchard, Touvet-Fanton voudraient voir réserver aux écoles dentaires l'enseignement technique seul, l'enseignement médical devant se donner à la Faculté et dans les hôpitaux.

La Commission repousse ces vues et adopte la proposition suivante formulée par M. Roy :

1, 2. Voir *Annexes*.
3. Voir *Odontologie* du 30 octobre 1907.

« Il y a intérêt à ce que la totalité de l'enseignement dentaire continue à être donnée à l'Ecole dentaire, c'est-à-dire dans un établissement autonome, approprié à ses besoins. »

Sur la proposition du président, la Commission émet le vœu suivant : « Conformément au projet Lannelongue, afin d'assurer aux réformes projetées toute leur efficacité et de rendre possible et sérieuse la passation des nouveaux examens dentaires dans des locaux possédant une installation et un personnel suffisants, il sera formé un lien officiel rattachant à l'Etat les Ecoles dentaires de Paris et de Lyon reconnues d'utilité publique, mais respectant leur autonomie administrative et la direction de leur enseignement, lien analogue à celui qui a rattaché le dispensaire de deux écoles parisiennes à l'Assistance publique de Paris. »

La Commission émet également le vœu que : « Le chirurgien-dentiste puisse, ses études dentaires terminées, être admis à continuer ses études médicales jusqu'au doctorat, s'il le désire, par voie d'équivalence. »

CONCLUSIONS [1]

En conséquence et comme conclusions, nous avons l'honneur de proposer à votre approbation les décisions suivantes de votre Commission :

I. — Les connaissances préliminaires qui devront être exigées des futurs dentistes, avant le commencement de leurs études professionnelles, seront les mêmes que celles dont doivent justifier les autres étudiants des Facultés.

II. — Les études dentaires ont une durée de 5 ans et se décomposent ainsi :

1° Deux ans de stage de prothèse au laboratoire avec des cours théoriques de sciences accessoires se rapportant à la prothèse (physique, chimie, métallurgie, mécanique). Ce stage se fera dans le laboratoire d'une école dentaire reconnue d'utilité publique ou dans une Université d'Etat où l'enseignement dentaire sera organisé et sera terminé par un examen de validation ;

2° Trois ans de scolarité dans une école dentaire, avec des examens techniques annuels.

III. — Les études médicales des dentistes doivent être telles qu'elles soient suffisantes à l'exercice autonome de cet art.

---

1. Nous reproduisons ces conclusions telles qu'elles ont été adoptées dans les assemblées plénières des 9 novembre 1907 et 28 mars 1908, c'est-à-dire avec les modifications introduites à la suite de la discussion.

Note de la Rédaction.

IV. — L'enseignement scientifique et médical doit, comme l'enseignement dentaire, être donné dans les écoles dentaires et par des cours faits spécialement pour les dentistes, afin qu'ils soient exactement adaptés aux besoins de l'enseignement nécessaire aux dentistes.

V. — Les études dentaires doivent être organisées de telle sorte que les cours de l'enseignement scientifique et médical et ceux de l'enseignement dentaire technique aient une marche parallèle et soient suivis simultanément par les étudiants.

VI. — L'orientation doit se faire vers un doctorat spécial autonome (doctorat en chirurgie dentaire ou doctorat en odontologie). Transitoirement maintien du titre de chirurgien-dentiste.

VII. — Les deux écoles dentaires libres de Paris reconnues d'utilité publique et dont les dispensaires sont assimilés aux dispensaires de l'Assistance publique, l'Ecole de Lyon, en voie d'être reconnue, et les groupements professionnels qui les patronnent, ne doivent pas considérer leur rôle d'enseignement préparatoire à l'examen d'Etat comme terminé et ne doivent pas laisser la place, à Paris et à Lyon, à l'enseignement officiel organisé par l'Etat, comme celui-ci l'a fait aux Universités de Nancy, de Lille et de Bordeaux.

Les 5 centres actuels d'études et d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste (Paris, Bordeaux, Lyon, Lille, Nancy) suffisent amplement aux besoins de la profession dentaire et du public. Il n'y a pas lieu d'en créer dans les autres villes universitaires.

VIII. — Il y a intérêt à ce que la totalité de l'enseignement dentaire continue à être donnée à l'Ecole dentaire, c'est-à-dire dans un établissement autonome, approprié à ses besoins.

Nous soumettons également à votre adoption les vœux suivants émis par votre Commission :

I. — Après l'examen de validation du stage subi à l'Ecole dentaire, le premier examen d'Etat (anatomie) sera subi à la fin de la première année de scolarité ; le deuxième (pathologie) à la fin de la deuxième année ; le troisième examen, purement technique, sera subi dans une école dentaire reconnue d'utilité publique, à la fin de la troisième année, avec des épreuves pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse à exécuter en loge et devant un Jury composé de chirurgiens-dentistes.

II. — Afin d'assurer aux réformes projetées toute leur efficacité et de rendre possible et sérieuse la passation des nouveaux examens dentaires dans des locaux possédant une installation et un personnel suffisants, il sera formé un lien officiel rattachant à l'Etat les écoles dentaires de Paris et de Lyon reconnues d'utilité publique, mais respectant leur autonomie administrative et la direction de leur ensei-

gnement, lien analogue à celui qui a rattaché le Dispensaire de deux écoles parisiennes à l'Assistance publique de Paris.

III. — Le chirurgien-dentiste pourra, ses études dentaires terminées, être admis à continuer ses études médicales jusqu'au doctorat, s'il le désire, par voie d'équivalence.

Enfin nous ajoutons les deux vœux suivants :

IV. — Le docteur en médecine qui désire se spécialiser en art dentaire doit, après un stage de deux ans dans une école dentaire, subir les épreuves du troisième examen de chirurgien-dentiste.

V. — Le présent rapport sera remis au président de la F. D. N. pour être envoyé à toutes les Sociétés dentaires françaises en vue de recueillir leurs adhésions et de provoquer, s'il y a lieu, la réunion d'une assemblée plénière, pour être soumis à l'adoption de tous les dentistes.

Ces conclusions et vœux seront transmis aux pouvoirs publics[1].

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Nous informons nos lecteurs que la F. D. N. a transféré son siège social à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Elle s'est réunie le samedi 11 avril.

Les convocations étaient accompagnées de la circulaire suivante :

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

(Association française des Sociétés dentaires).

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
ET SIÈGE SOCIAL,
28, rue Serpente, 28
(Hôtel des Sociétés savantes).

Paris, le 6 avril 1908.

Monsieur et cher confrère,

La F. D. N., dans sa réunion tenue à Reims au mois d'août dernier, a décidé de transférer son siège à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Elle a voulu ainsi bien marquer son autonomie et son désir, en choisissant un local neutre, de permettre aux différents groupements

---

1. Ce rapport, avec les conclusions et vœux qui l'accompagnent, a été transmis à la F. D. N. qui, dans sa séance du 11 avril, a décidé de l'adresser à toutes les sociétés dentaires pour recueillir leurs adhésions.

Les conditions de transmission aux pouvoirs publics seront décidées dans la prochaine réunion de la F. D. N. qui aura lieu en mai.

qui y adhèrent ou sont susceptibles d'y adhérer, de prendre part en toute liberté à ses travaux.

Nous espérons donc que rien n'empêchera désormais les sociétés, groupements et syndicats professionnels français de venir à la F.D.N.

Plus que jamais la F. D. N. écarte de son programme tout ce qui a trait à la politique professionnelle. La défense des intérêts généraux de la profession, le développement scientifique de l'art dentaire, l'entente avec les autres pays par l'intermédiaire de la F. D. I. pour accroître le prestige des dentistes suffisent pour occuper utilement les séances de la F. D. N. et c'est pour ce travail que nous faisons appel à la collaboration précieuse de tous les groupements.

Vous n'ignorez pas que présentement trois questions préoccupent la F. D. N. :

La première, fort importante, est le projet de réformes des études dentaires. De quelle importance serait l'avis de notre F. D. N. si elle pouvait, au nom de tous les groupements dentaires français, présenter ses observations et ses desiderata !

La seconde, d'ordre international et scientifique, consiste dans l'appoint que nous pouvons apporter à la souscription faite pour honorer la mémoire de ce savant qui fut l'énergique défenseur des droits des dentistes : le professeur Miller. Vous savez que les intérêts des sommes recueillies serviront à fonder un prix Miller destiné à récompenser périodiquement un travail qui aura contribué à l'avancement de l'art dentaire. C'est là une œuvre de reconnaissance et de solidarité.

La troisième question est celle du Ve Congrès dentaire international qui se tiendra à Berlin en 1909.

Dès maintenant nous pouvons prévoir que ce Congrès sera fort important et par le nombre des adhérents et par les communications déjà promises ; son importance s'accroît du fait qu'il se tient la même année que le Congrès médical international de Budapest d'où sont exclus les dentistes. Nous vous invitons donc à venir discuter avec nous ces intéressantes questions et accroître ainsi la vitalité et l'utilité de notre F. D. N.

Veuillez agréer, etc.

Le Président de la F. D. N.
FRANCIS JEAN.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas manuel de prothèse dentaire et buccale,

Par M. PREISWERK.

Édition française par le Dr J. CHOMPRET,

Dentiste des hôpitaux.

Il a été publié sous ce titre une traduction d'un ouvrage allemand.

Ce volume n'a, malheureusement, d'un atlas manuel de prothèse que le titre : c'est peu, direz-vous ; mais il a surtout, défaut beaucoup plus grave, le tort d'être arriéré d'un quart de siècle. Au point que le « traité de prothèse buccale et mécanique dentaire » publié par Andrieux en 1887 ne semble nullement faire date à côté de celui-ci, au contraire !

Il semble en lisant cet atlas qu'on parcourt une vieille géographie antérieure à la découverte de l'Amérique. Aussi n'est-ce pas sans raison que je traitai cet atlas de retardataire : l'Amérique n'a-t-elle pas depuis découvert, en Fauchard, Paris et l'art dentaire français ?

S'il nous est permis de regarder cet ouvrage comme un atlas « antique », il nous est impossible de le considérer comme un « manuel », c'est-à-dire un livre essentiellement pratique, car il n'a rien de pratique. Il est vrai que l'auteur nous le présente comme n'ayant « pas plus de prétention que son aîné » et j'aurais eu plaisir à rendre justice à ce modeste, s'il n'avait cru bon d'ajouter immédiatement : « ce livre, essentiellement pratique, présente de la façon la plus concise, et cependant la plus claire possible, les données indispensables à l'instruction de tout spécialiste, stomatologiste ou dentiste, voulant se tenir au courant des progrès de sa profession ».

Tout en effet y est exposé d'une façon concise, beaucoup trop concise ; mais, ce qui est plus grave, tout y est exposé d'une façon trop peu claire pour atteindre le but que se propose l'auteur : de présenter « les données indispensables à l'instruction ».

Quant à la prétention qu'il émet de vouloir tenir le praticien « au courant des progrès de sa profession », elle est tout à fait injustifiée, car on n'y trouve aucune des acquisitions modernes de la prothèse et de l'orthodontie : occlusion, esthétique faciale, orthodontie moderne, articulateurs, prothèse restauratrice, etc., etc.

Contrairement à l'auteur, nous avons meilleure opinion de nos confrères ; certes ils ont lu, les dentistes du moins, et étudié, bien autrement que dans ce soi-disant manuel, les principes essentiels de la prothèse et ils sont mieux que ce soi-disant atlas au courant des progrès modernes qui n'y figurent nullement.

« Ce qui rend ce manuel plus instructif, dit l'auteur, ce qui fait sa

caractéristique, c'est certainement l'abondance et l'exactitude des planches et des figures. » Alors M. Preiswerk a dû avoir bien des déboires avec ses bridges et couronnes, car, d'après ses planches, les racines ou dents supportant ces travaux n'ont reçu qu'une préparation trop rudimentaire pour que les bagues puissent s'y adapter d'une façon convenable !

L'auteur, heureusement, nous renvoie à tous les ouvrages français sur la prothèse, fâcheux présage de l'importance qu'il attache au sien ! Mais il oublie vite cette modestie et nous lisons : « Notre manuel aura pour but de guider leurs premiers pas (des praticiens), de leur éviter les difficultés du début. » Si un praticien ne connaissant que peu la prothèse est capable d'apprendre, pour pouvoir le reproduire, quelque chose d'utile en ce manuel, il lui faudra, l'heureux, avoir la science infuse, car un patient connaissant bien la prothèse a parfois bien du mal à reconnaître la technique exposée !

Il ne me semble pas que l'auteur comprenne le rôle du pédagogue, puisque c'est une œuvre pédagogique qu'il a voulu faire, en disant que son ouvrage servira à « inciter nos compatriotes à mettre en jeu les belles qualités d'initiative et d'invention, germant de tout temps dans les cerveaux de notre race ».

Un pédagogue n'incite pas au développement désordonné de l'ingéniosité, comme nous le voyons dans le chapitre réservé à l'orthodontie par exemple. La première qualité d'un ouvrage pédagogique, c'est la méthode, et elle manque entièrement ici. Dans ce manuel, le plan même de l'ouvrage est incompréhensible : l'auteur débute par les dents à pivots, les couronnes, les ponts, puis il passe à la prise d'empreinte, l'articulation, la métallurgie, enfin les appareils à plaques, le continuous gum, les appareils coulés, les obturateurs, l'orthodontie ; et l'on ne trouve aucune méthode, pas plus dans sa présentation que dans la description, encore bien moins dans la technique ; aussi les répétitions sont-elles fréquentes.

Le premier chapitre consacré aux dents à pivots, et le second aux couronnes, contiennent quelques nouveautés ! On y conseille l'emploi des colliers en platine iridié ! d'anneaux épais de 2 millimètres ! On prescrit de ne contourner les bagues que sur les faces linguales et buccales ! On ne s'y occupe pas du point de contact proximal, théorie vieillotte sans doute, car plus loin, en orthodontie, on préconisera même la destruction de ce point, en séparant les dents à l'aide de meules (théorie en faveur il y a cinquante ans !)

Entre temps l'auteur traite vaguement le décorticage, nous renvoyant à des figures représentant des dents et racines sur lesquelles on oublia justement ce décorticage.

Les bridges, objet d'un long chapitre, sont de modes bien divers, du plus pratique au plus incompréhensible ; l'auteur oublie simple-

ment de parler de la résistance à l'effort; ce point essentiel a dû être jugé par lui trop clinique pour faire partie d'un manuel pratique !

On nous parle de bridges supportés par un simple pivot, avec plaquette sans bague, en oubliant cependant d'indiquer la préparation spéciale du plancher de la racine devant supporter l'appareil. Les racines des canines peuvent, dit-on, supporter six dents suspendues, mais il n'est pas indiqué qu'en ce cas le bridge doit se rapprocher beaucoup de la ligne droite !

La prise de l'articulation est très simple : plaque en cire à « plan parfaitement horizontal » sans ligne des lèvres ni du sourire ; méthode moderne !

Dans le chapitre des couronnes nous avions lu que le « sorosis » pouvait avantageusement remplacer la soudure, en métallurgie (chapitre spécial), nous apprenons que le « sorosis » se compose **probablement** d'une solution saturée d'acide borique et de borax en parties égales; au point de vue scientifique ne trouvez-vous pas cela particulièrement précis !

J'ai donc recherché ce qu'était cette nouvelle soudure, qui collait deux parties de métal, telle la seccotine, sans même employer de flamme, et après des expériences longues, oh ! combien ! j'ai pu aisément me convaincre que le sorosis n'est autre chose que la solution de borax et d'acide borique, que l'on emploie depuis que les bijoutiers sont bijoutiers, et depuis que les dentistes sont mécaniciens. Malheureusement, Messieurs les auteurs, ce liquide n'a pas le pouvoir magique que vous lui accordez si généreusement, de réunir deux surfaces d'or, il n'a d'autre mérite que celui du borax, dont il empêche simplement le bouillonnement ou le boursoufflement à la chaleur.

Dans un court chapitre réservé à la rétention des appareils, nous lisons, confondus, les termes de « succion », « d'adhésion », très élégamment comparée au « timbre-poste, collé sur du papier, ou à la sangsue sur les téguments! »

Les crochets sont décrits sans méthode ; la position des dents, le centre de gravité de l'appareil sont des facteurs trop peu importants pour être étudiés dans un manuel pratique ; on nous indique que leur direction doit être d'avant en arrière; pour des débutants ingénieux, cela est peut-être suffisant après tout ! Les vieux mécaniciens apprendront, non sans effroi, que les canines se prêtent fort bien à recevoir des crochets et verront — cela leur rappellera 1830 — des crochets demi-joncs et joncs sur des prémolaires et molaires très longues.

Nous retrouvons dans ce manuel — qui le conçoit ? — les ressorts à tampons de Stedman. L'auteur pense sans doute que les molaires ne sont pas utiles !

L'auteur n'a pas cru devoir étudié l'occlusion, l'articulation temporo-maxillaire et ses rapports avec l'articulation des dents, omettant ainsi

de parler des lois anatomique et physiologique qui doivent présider au montage des dentiers. Contrairement à Bonwill, peu connu de lui et dont les travaux ont cependant plus d'un quart de siècle, il émet cette loi : « L'articulé doit s'établir d'après une ligne aussi horizontale que possible ; ce n'est qu'à cette condition que l'effort s'équilibre sans déranger la plaque. »

L'auteur de l'édition française a fort heureusement voulu compenser cette erreur, et dans un chapitre intitulé « l'équilibre physiologique des dents artificielles », nous avons reconnu l'œuvre d'un homme ayant compris ce que sont l'articulation et l'occlusion, et nous avons plaisir à féliciter M. Georges Robin, l'auteur de ce chapitre, d'avoir permis à ce manuel de nous donner au moins quelques lignes utiles.

L'auteur, en décrivant la pose des appareils, dit qu'il n'est pas toujours facile de déterminer les points sur lesquels doivent porter les retouches et nous cite à ce sujet cette histoire puérile :

« Dans un cas, il m'est arrivé de ne pouvoir découvrir pendant longtemps le vice d'un appareil, fort bien construit d'ailleurs, mais qui ne tenait pas dans la bouche. Enfin je m'aperçus qu'il existait dans la succion une petite perforation qui empêchait la pression atmosphérique de produire son effet. » Je crois qu'on pourrait appeler cela simplement une..... mésaventure !

Les empreintes au plâtre ! peuh ! ! vieux jeu, l'auteur est très partisan des empreintes au stents. On trouvera sans doute qu'il pousse même cette affection un peu loin lorsqu'il indique de prendre un second modèle sur le premier à l'aide de stents, ce deuxième modèle devant servir au moulage pour les appareils en métal.

L'auteur semble en contradiction avec tous, à moins que ce ne soit l'expérience d'une longue pratique, en préconisant l'emploi de platine, au lieu d'or, pour contreplaquer les dents ! Le platine, paraît-il, assombrit moins les dents que l'or — j'avais cru jusqu'à ce jour que l'or, dont on emploie les sels pour la coloration vitale de la dent, lui donnait par transparence une couleur vivante, tandis que le platine s'employait de préférence pour imiter les dents pleines et sans transparences, effet d'une perte de substance ou d'une dévitalisation défectueuse.

La façon de contreplaquer les dents est des plus mauvaises, elle accuse un manque total de cet esprit mécanique que l'on nous incitait à développer dans la préface !

A propos de contreplaque l'auteur dit : « Un interstice trop considérable entre la plaquette et la plaque serait une difficulté, etc. », comme si un interstice, si petit soit-il, n'était pas toujours trop considérable ; c'est une coquille... de technique.

L'auteur conseille les appareils tout en or sans face de porcelaine lorsque cela est possible, afin d'en permettre la stérilisation dans l'eau

bouillante ! comme si la porcelaine ne pouvait résister à la température de l'eau bouillante.

La céramique fait l'objet d'un court chapitre, nous y trouvons l'indication de la rétraction de la porcelaine à 1/5 de son volume ; nous avons en vain cherché le moyen de la compenser ou d'empêcher le déplacement des dents dû à cette rétraction : sans doute ce moyen est suffisamment connu ou trop simple ! Nous apprenons que la porcelaine ne doit pas être meulée, ne pouvant se repolir ; n'avais-je pas raison de dire que ce manuel était en retard ? Il date de l'époque où la porcelaine à haute fusion n'était pas connue.

Sur le chapitre des obturateurs rien à dire, il est si court qu'il est à peu près inexistant. Notons cependant qu'on y parle d'appareil creux, sans en indiquer la technique ; dans un manuel pratique cela n'est sans doute pas utile !

Vient ensuite l'orthodontie. Pauvre orthodontie, jamais elle ne me sembla plus empirique qu'en ce livre ! Heureusement, l'auteur de cette édition française a eu la bonne fortune d'y pouvoir faire figurer quelques lignes de M. B. de Névrezé sur la méthode de C. Case, de Chicago. Ces quelques lignes, trop courtes hélas, et le montage des dentiers sur articulateur anatomique, par M. Georges Robin, sont incontestablement et de beaucoup les meilleures pages de cet ouvrage. N'est-il pas dommage que ce soient justement les parties qui n'appartiennent ni à l'auteur ni au traducteur !

Quelques idées nouvelles sont émises sur les redressements, pour lesquels il est recommandé d'agir entre douze et quatorze ans ; l'extraction de la première grosse molaire est préconisée. (I. B. Davenport de Paris combattit cette théorie il y a 21 ans seulement !)

En orthodontie l'auteur affectionne l'emploi de couronnes métalliques sur des dents non préparées. Il ne saurait non plus n'être pas partisan du rehaussement de l'articulation, du plan incliné, vestiges de la vieille école !

Il indique l'emploi d'anneaux de caoutchouc placés directement sur les dents à mouvoir, ignorant sans doute — oh ! simple détail — que ce procédé se recommande beaucoup plus comme moyen d'extraction que comme moyen de redressement !

L'auteur condamne la résection des faces proximales des couronnes et anneaux métalliques employés par lui comme point d'appui en orthodontie : cela, dit-il, amène la carie des faces proximales des dents sur lesquelles on applique les coiffes. Je lui laisse la parole pour vous faire goûter l'ingénieux moyen qu'il emploie pour éviter cette destruction d'une portion de couronne métallique, destinée à disparaître dès que le redressement est terminé.

« Nous ouvrons toujours largement l'espace interdentaire à l'aide

d'une meule en corindon » ! ! ! Je vous disais qu'en ce chapitre nous étions en plein empirisme !

L'auteur de l'édition française indique différents appareils pour l'expansion des arcades, parmi lesquels un appareil portant le nom de « Rodier » ; nous ne voulons voir, en ceci, qu'une erreur, car nous n'avons aucune raison de supposer que M. Francis Jean eût renié la paternité de cet appareil qu'il inventa en 1891 et qui est depuis fort connu en orthodontie sous le nom d'appareil extenseur des maxillaires Francis Jean.

Nous ne croyons pas non plus que M. Rodier ait voulu donner son nom à l'appareil à doubles coulisses de Francis Jean, employé avec plans inclinés, pour l'expansion simultanée des deux arcades, ceci ayant été fait par l'inventeur de l'appareil qui fit une communication à ce sujet et présenta des observations datant de 1901.

Pour nous cet appareil reste celui de Francis Jean, mais nous serions heureux de savoir si c'est par erreur, pourquoi et comment il fut baptisé du nom de Rodier ?

Un appareil extenseur pour maxillaires supérieur et inférieur de Pierre Robin se recommande au lecteur par son volume ; si vous avez en votre home quelque bavard incorrigible, le succès de cet appareil est garanti (pour l'immobilisation de la langue tout au moins !)

L'auteur termine par la mobilisation en masse et parallèle des dents : il ne la connaissait pas avant la publication des travaux de Case et Martinier (sept. 1906) ! il est vrai que la dernière publication de Farrar n'est parue qu'en 1888 !

L'auteur de cette édition française était, croyons-nous, si pressé de terminer ce pénible travail qu'il en confia une bonne partie à un traducteur peu expérimenté, car nous nous refusons à penser que cet homme, éminent par ses titres dentaires, puisse se servir d'expressions si peu scientifiques : plombage des dents cariées ; extraction des débris de couronnes ; lisez : résection de la partie coronaire, brisure de la cire, dans les empreintes en cette matière, et d'autres encore !

Il est regrettable que le temps précieux que demandèrent la traduction, la composition et la mise en œuvre de cet ouvrage, n'ait pas été employé à meilleure cause. Il ne manque pas, pour qui veut traduire, d'œuvres intéressantes, publiées à l'étranger, et que nous, Français, maigres polyglottes, n'avons pas le loisir de travailler.

Sans doute l'auteur de cette édition française n'est pas un prothésiste, cependant un dentiste devrait suffisamment connaître la prothèse pour ne pas s'égarer ainsi dans des théories surannées. Il est vrai que pour ce, il eût fallu être dentiste ; or je crois que l'auteur n'a de titre qu'en médecine, et je doute fort qu'on lui ait appris, à la Faculté ou dans les Hôpitaux, la prothèse dentaire, ou bien, s'il l'y apprit, je ne sais qui blâmer : le maître ou l'élève. GEORGES VILLAIN.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos meilleurs confrères, M. Maurice Hivert, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique, survenue le 26 mars dernier.

M. Hivert était un homme modeste, qui avait toujours collaboré avec nous lors des Congrès, et avec lequel nous avions tous d'excellents rapports. Sa disparition sera pénible à tous ceux qui l'ont connu.

MM. Godon, Viau, L. Lemerle et Blatter représentaient l'Ecole dentaire de Paris à ses obsèques, auxquelles assistaient de nombreux confrères et de nombreux élèves de l'Ecole odontotechnique.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

* * *

Notre confrère M. Bouvier, membre de l'A. G. D. F. et démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 8 avril à l'âge de 38 ans.

L'Ecole était représentée aux obsèques, où elle avait envoyé une couronne.

Nous exprimons à M. Bouvier et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Assemblée plénière du 28 mars 1908.

L'assemblée plénière du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F., que nous avions annoncée pour le 28 mars, s'est tenue à cette date et a terminé l'examen et le vote des conclusions du rapport de MM. Roy et Villain sur la réforme des études dentaires et l'orientation professionnelle. Elle a quelque peu amendé ces conclusions et a également voté les vœux qui les terminent. Les uns et les autres seront transmis aux pouvoirs publics après avoir été adressés d'abord à la F. D. N., conformément à la décision n° 5.

Nous publions le rapport, les conclusions et les vœux d'autre part (V. p. 319).

Chambre syndicale.

Nous rappelons à nos confrères que la Chambre syndicale se tient à la disposition des membres de l'A. G. D. F. pour servir d'arbitre volontaire entre les dentistes et leurs employés ou leurs clients, pour faciliter la recherche d'emplois ou d'employés, ainsi que la vente des cabinets.

Prière de s'adresser par lettre au président de la Chambre syndicale.

* * *

La Chambre syndicale a constitué son bureau de la façon suivante dans sa séance du 2 avril : *Président :* M. Delair ; *Secrétaire :* M. G. Lalement.

Distinction honorifique.

A l'occasion de diverses inaugurations municipales à Courbevoie par M. Maujan, sous-secrétaire d'Etat de l'Intérieur, notre confrère M. Borkowski, chef du service dentaire au Dispensaire de cette ville, a été nommé officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos félicitations.

Changement de direction.

Nous apprenons que le journal *Le Laboratoire* fusionne avec *Le Progrès dentaire* et que son directeur, M. Platschick, devient directeur de la maison Ash, de Paris.

28e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1908 Vol. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE SERVICE MILITAIRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Par JEAN MONOD,
Licencié en droit,
Médecin-major de 2e classe,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris,
Chef du service de Stomatologie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Dans une récente étude [1], nous avons exposé notre conception de l'organisation dans l'armée et de l'extension à toutes les garnisons, des soins de la bouche et des dents.

Sans vouloir reproduire ce travail, nous en résumerons ici les idées directrices :

1° Il est nécessaire, en vue de rétablir, de conserver et d'augmenter chez eux l'aptitude au service militaire, d'assurer aux soldats tous les soins capables : 1° de supprimer les causes de l'infection buccale et de ses complications, 2° et de conserver et restaurer la fonction masticatrice indispensable à une digestion et à une nutrition normales. Seuls, ces soins *nécessaires* devront être assurés, sans entrer dans des considérations de pure esthétique ou de satisfaction personnelle. La prothèse doit, selon nous, faire partie desdits soins dans les conditions et avec les restrictions que nous venons de formuler [2] ;

1. L'organisation d'un service de Stomatologie dans l'armée, *Revue de Stomatologie*, février et mars 1908.
2. Dès à présent, dans notre service du Val-de-Grâce, nous commençons à faire de la prothèse.

2° Les médecins militaires doivent à notre avis acquérir « les connaissances techniques indispensables pour la surveillance et le traitement des affections dentaires [1] ». En peu de mots : il faut qu'ils sachent la *dentisterie d'urgence,* et qu'ils possèdent les notions élémentaires de stomatologie clinique ;

3° Parmi eux, un très petit nombre devraient faire des études complètes leur permettant de diriger un service spécial ;

4° Les soins de la bouche et des dents seront assurés par les médecins militaires précités et sous leur direction devenue effective et compétente, par les soldats spécialisés (étudiants en médecine ou chirurgiens-dentistes) pendant leur passage sous les drapeaux.

La création d'un corps spécial de chirurgiens-dentistes militaires ne nous semble pas possible. Elle ne cadre pas avec notre organisation militaire, orientée de plus en plus exclusivement vers les nécessités de la mobilisation. Une fois les armées en campagne le dentiste n'aura plus de raison d'être, et l'on se bornera aux interventions d'urgence (pansement d'une pulpe irritée ; extraction) que tout médecin militaire devra pouvoir pratiquer [2].

« *Ainsi envisagé,* disions-nous, *le concours des chirurgiens-dentistes pourra être utile ; aussi pour stimuler leur zèle et le récompenser serait-il bon que l'accès de tout grade ne leur fût pas fermé dans la réserve où ils ne pourront être utilisés dans leur spécialité, et qu'ils puissent, par exemple, après des examens sérieux, être nommés aux emplois de sous-officier de réserve dans les sections d'infirmiers ; ou même comme jadis les officiers de santé pourvus d'un certificat de capacité, à des emplois analogues à ceux des*

---

1. Suivant les termes mêmes de la circulaire du 10 octobre 1907 relative à « l'organisation d'un service de Stomatologie dans l'armée ». A ce propos nous faisons remarquer que le terme de *Stomatologie* est le terme officiel pour l'organisation qui nous occupe, aussi le retrouvera-t-on plusieurs fois au cours de cette étude.

2. Pour de plus amples détails, nous renvoyons à l'étude précitée.

étudiants en médecine, médecins auxiliaires de réserve. »

La situation militaire actuelle du chirurgien-dentiste, régie par la loi de mars 1905, est celle de tous les Français : ils sont à 21 ans appelés sous les drapeaux pour deux années, et font ensuite partie de l'armée, dans les différentes réserves durant 23 ans.

A certains jeunes gens ayant fait des études spéciales qui les rendront utiles ou nécessaires à la mobilisation ; la loi, prévoyant leur emploi, accorde des avantages particuliers : c'est ainsi qu'en vertu de *l'art. 23*, les élèves reçus au concours dans certaines écoles, y reçoivent une instruction militaire, et accomplissent leur deuxième année de service en qualité de sous-lieutenant de réserve, s'ils ont satisfait aux épreuves d'aptitude à ce grade.

De même en vertu de *l'art. 25* : les docteurs ou les étudiants en médecine, et les vétérinaires, qui après une année de service ont subi avec succès l'examen de médecin ou de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi pour la deuxième année de leur service. Les docteurs ou vétérinaires diplômés peuvent même, après concours, accomplir leur quatrième semestre comme médecin aide-major ou comme aide vétérinaire.

Rien de semblable pour les chirurgiens-dentistes, qui ne sont point visés dans ces articles, ni ailleurs ; ils sont donc régis par le droit commun. Peut-on dire que ces mesures de faveur constituent une injustice ? Nous ne craignons pas de répondre négativement : lorsque le législateur a pris les dispositions que nous avons citées, il visait, non pas à favoriser telle ou telle catégorie de jeunes Français ; mais, dans une préoccupation plus haute, et sachant combien nécessaires seraient pour les réserves des cadres solidement instruits, la loi a voulu assurer le recrutement des officiers de réserve parmi les jeunes gens que leurs études ou leur profession rendent particulièrement aptes à ce grade. C'est pour des raisons analogues, et pour avoir le grand nombre de médecins de réserve nécessaires, que *l'art. 25* a été

édicté. Tous les autres jeunes gens, et parmi eux les chirurgiens-dentistes sans doute, mais aussi les futurs avocats, notaires, avoués, les commerçants, les instituteurs, etc., c'est-à-dire tous ceux que leurs études ou leur profession ne désignent pas pour un emploi particulier, rentrent dans le droit commun.

Si donc, à part un très petit nombre[1], les chirurgiens-dentistes n'ont pas leur emploi dans la réserve, quelle y sera leur condition, puisqu'ils sont appelés à rendre des services en temps de paix ? Il y a là une situation très particulière, et pensons-nous, une lacune à combler. Si l'on désire utiliser les chirurgiens-dentistes pendant leur service actif ; il faut, comme nous l'avons écrit ailleurs, que leur zèle soit stimulé et puisse obtenir sa récompense.

Il faut d'abord remarquer qu'en dehors des jeunes gens visés par l'art. 23 de la loi de 1905 que nous avons mentionnés plus haut, et des médecins ou vétérinaires que régit l'art. 25 ; tous les jeunes Français peuvent (art. 24), en satisfaisant à certains concours, et en acceptant dans la réserve des charges supplémentaires, aspirer pour le 3e trimestre de service à l'emploi de sous-officier-élève officier de réserve, et même accomplir en cette dernière qualité les derniers six mois du service ; un chirurgien-dentiste, comme tout autre soldat peut aspirer à ces avantages.

Mais, s'il veut suivre cette filière, il ne pourra pas être employé dans sa spécialité, et se trouvera dès lors pris entre deux alternatives :

1° Faire son service militaire dans le rang, comme tout autre pour conquérir les grades de sous-officier, puis d'officier de réserve ; 2° ou bien servir dans sa spécialité, et se voir presque fermé tout accès à un grade ; sauf cependant dans les sections d'infirmiers, où il lui sera possible d'obtenir les galons de sergent[2] ;

---

1. Il faudra surtout quelques très habiles mécaniciens.

2. Certains ont voulu soutenir que sans la loi de 1889 les dentistes auraient été bien fondés à demander leur nomination aux emplois de médecin auxiliaire, par ce motif qu'ils possèdent douze inscriptions prises devant une faculté de mé-

Il faut donc prendre des mesures spéciales permettant en temps de paix, l'emploi comme dentistes des jeunes gens qui nous intéressent, tout en cherchant pour le temps de guerre un rôle et un grade où ils puissent servir plus utilement qu'en qualité de simple soldat.

Et ce but ne semble pas fort difficile à atteindre : en supposant organisé le service de stomatologie militaire, et les divers organes que nous préconisons pour le constituer, voici comment, à notre sens, la question pourrait être résolue :

Tous les jeunes chirurgiens-dentistes, ou élèves des écoles dentaires ayant au moins deux années d'études, devraient être versés dans les sections d'infirmiers où ils recevraient l'instruction militaire indispensable, et l'instruction spéciale des infirmiers. Une fois instruits ils seraient répartis suivant les besoins dans les différents services dentaires. Un certain nombre de places de sous-officiers leur seraient réservées et attribuées par ordre de mérite à ceux d'entre eux qui auraient satisfait aux examens d'aptitude. Ils pourraient de la sorte être assurés d'obtenir le grade de sergent-infirmier et de servir comme tels à la mobilisation, ce qui serait déjà une première amélioration.

Une fois en possession de ce grade, et en supposant (ce qui est problématique) que ce mode de recrutement soit maintenu, avec l'application de la loi de deux ans, ces sergents de réserve pourraient, après deux ans de grade, et comme tout sous-officier, en satisfaisant aux conditions d'aptitude requises, être nommés officier d'administration de réserve du service de santé [1].

Il semble cependant que tel n'est pas leur vrai rôle, et qu'en développant les notions médico-chirurgicales, bien

decine. Il y a là une erreur que dissipe la simple lecture des textes : sous le régime précité, pouvaient seuls subir l'examen d'aptitude auxdits emplois : les docteurs en médecine, les étudiants pourvus de douze inscriptions valables pour le doctorat et les officiers de santé. La loi actuelle (art. 25) ne mentionne que les docteurs et les étudiants en médecine.

1. Un concours pour l'obtention du certificat d'aptitude à ce grade aura lieu en juillet 1908. Tous les sous-officiers de réserve ou de territoriale, nommés antérieurement à juillet 1907 sont admis à s'y présenter.

élémentaires il est vrai, déjà acquises par eux ; les chirurgiens-dentistes pourraient rendre des services, et être utilisés comme auxiliaires du médecin, dans une situation analogue à celle des étudiants en médecine médecins auxiliaires de réserve. Sans doute, si cet emploi était créé, il faudrait exiger des candidats des garanties très sérieuses, en leur faisant subir un examen, par lequel ils puissent faire preuve d'une connaissance suffisante de l'asepsie et de l'antisepsie, des méthodes de pansement, des bandages, de l'hémostase, de l'immobilisation des fractures, des premiers secours à donner aux malades et aux blessés, etc. ; ainsi que les notions nécessaires d'administration et de fonctionnement du service de santé en campagne.

Il ne saurait être question d'attribuer aux chirurgiens-dentistes le rôle d'un médecin, pour lequel ils ne sont pas préparés, ni de les substituer à lui ; mais bien de faire d'eux des auxiliaires, aptes à diriger sur le champ de bataille les infirmiers et brancardiers chargés de la relève et du transport des blessés ; et capables aussi, dans une formation sanitaire quelconque, et sous la direction des médecins, de leur servir d'aides de chirurgie, et d'assistants pour les soins à donner aux malades.

Le titre attaché à cette fonction nouvelle nous semble devoir être, pour éviter toute équivoque, *auxiliaire de médecin,* ou mieux *auxiliaire du service de santé,* ce titre d'ailleurs conviendrait mieux aussi que celui de médecin auxiliaire, à des étudiants en médecine n'ayant pas terminé leurs études.

Les avantages de grade, de solde et l'uniforme devraient être les mêmes que pour ces étudiants en médecine, et les chirurgiens-dentistes qui les auraient conquis devraient, ayant le même emploi, être traités sur le même pied.

Une semblable situation ne saurait, nous le répétons, être faite qu'à ceux qui auraient prouvé leur aptitude auxdites fonctions ; et ces emplois, en nombre limité, ne devraient être attribués, qu'après un examen très sérieux, et par ordre de mérite. Il ne s'agit pas en effet de concéder

en bloc un avantage à toute une catégorie d'individus ; mais bien de permettre à ceux parmi eux qui se seraient distingués par leurs connaissances et par les services rendus, de recevoir le prix de leurs efforts [1].

L'institution d'un semblable régime serait un puissant stimulant pour le zèle des jeunes chirurgiens-dentistes ; et aurait pour eux un double attrait en leur permettant de continuer durant leur service actif, la pratique de l'art dentaire ; et d'espérer dans la réserve un emploi d'une incontestable utilité, ainsi qu'une situation morale de nature à les satisfaire.

---

1. Il va sans dire que c'est dans ces auxiliaires qu'il faudrait choisir les quelques dentistes nécessaires après la mobilisation.

REMARQUES SUR L'ANATOMIE COMPARÉE DU MAXILLAIRE DE L'HOMME

Par M. P. ADLOFF, de Königsberg (Prusse).

M. Choquet a publié dans *L'Odontologie*,[1] son étude du système dentaire de cent quarante-deux crânes de différentes races, qui certes fait connaître des résultats importants à bien des égards. Toutefois cette étude comparative est encore plus intéressante si nous y comprenons non seulement les races humaines inférieures et les races humaines fossiles, mais encore les anthropoïdes vivants et ceux qui ont disparu. C'est alors seulement en effet que nous pouvons reconnaître la raison de bien des particularités et de bien des singularités qui, considérées à part, semblent peut-être surprenantes et inexplicables à l'observateur, mais qui ne forment que les mailles d'une chaîne, dont le commencement remonte aux temps les plus éloignés de l'histoire des races.

Il est hors de doute aujourd'hui que l'homme, considéré au point de vue morphologique, est très rapproché des anthropomorphes. De nombreuses recherches l'ont établi péremptoirement. L'homme possède tant de points communs avec eux qu'il semble impossible de contester cette analogie. Mais, d'autre part, il présente également des différences très marquées qui ne permettent de reconnaître aucune transition. Je ne cite, à titre d'exemple, que quelques-unes des plus surprenantes : le bord labial rouge, les poils qui ne se remarquent chez l'homme que sur quelques rares parties du corps qui précisément en sont dépourvues chez les anthropomorphes, et qui ont fait conclure que la parenté commune des deux espèces doit être beaucoup plus lointaine qu'on n'était disposé à l'admettre jusqu'ici. Il semblait donc indiqué d'étudier aussi le maxillaire de l'homme qui, dans son type fondamental, concorde avec celui des anthropomorphes. Il semblait surtout important d'étudier de

---

1. V. nos des 30 janvier, 15 et 29 février 1908.

plus près les races inférieures et les restes des hommes fossiles, car on pouvait bien admettre que ces branches de l'humanité qui ne sont pas si éloignées de la culture et de la civilisation auraient conservé peut-être des traces d'un degré de civilisation primitive plus fréquentes et plus pures que l'Européen civilisé de nos jours.

En me plaçant à ce point de vue, j'ai examiné des éléments relativement nombreux, mais le but de mon travail consiste moins à relever des mesures qu'à étudier exactement le système dentaire sous le rapport morphologique et sous le rapport de l'anatomie comparée. Les résultats de mes recherches sont donc très propres à compléter et même à rectifier ceux de M. Choquet ; quelques-uns sont toutefois nouveaux et je me permettrai de mentionner brièvement les plus importants. Ils sont rapportés en détail dans mon travail : « Le maxillaire des hommes et des anthropomorphes, étude d'anatomie comparée avec contribution à l'histoire des races humaines », qui a paru récemment chez Julius Springer, de Berlin, et auquel je renvoie.

En ce qui concerne tout d'abord la grosseur moindre des dents des néo-Européens par rapport aux dents des races inférieures et des hommes fossiles, je ferai remarquer que la différence de grosseur, principalement entre le néo-Européen et l'Européen antédiluvien n'est pas aussi considérable que cela a été dit d'après l'étude de divers fossiles. Certes, il possédait de très grosses dents ; chez l'homme de Krapina, en particulier, le diamètre labio-palatin (l'épaisseur) des dents supérieures est surtout extraordinairement développé et, à cet égard, il dépasse sûrement l'Européen moderne; cependant à côté de très grosses dents il en possédait aussi de très petites. Il présente à cet égard une grande variabilité. Je crois surtout avoir montré d'une façon certaine, d'après la structure des molaires, que l'homme de Krapina ne doit pas être considéré comme l'ancêtre de l'homme actuel, mais qu'il représente plutôt une espèce particulière qui a peut-être disparu sans laisser de descendance, ou qui est peut-être passée dans d'autres races. D'ailleurs une compa-

raison entre ces deux espèces d'hommes est sans importance. Mais les autres restes existants de l'homme préhistorique, auxquels appartiennent incontestablement les mâchoires de Spy, de La Naulette, de la grotte de Schipka, la molaire de Taubach, ainsi que les restes plus récents, qui ont certainement appartenu à l'ancêtre de l'homme actuel, sont également dans les limites de la variation de largeur de la masse fixée aujourd'hui. Il suffit de comparer le maxillaire d'un être civilisé quelconque dégénéré avec ces magnifiques rangées de dents et alors la différence paraît colossale ; par contre on rencontre, surtout dans la population rurale vigoureuse, aujourd'hui encore, des mâchoires qui n'en diffèrent pas du tout ou tout au moins n'en diffèrent guère. Mais si nous examinons les races inférieures avec des dents très grosses et des maxillaires fortement prognathes, comme les Mélanésiens, — M. Choquet a également confirmé ce fait — nous rencontrons des dimensions qui dépassent encore celles de l'homme diluvien. M. Choquet a également parlé du nombre des cuspides des molaires et regrette qu'il y ait si peu de données à cet égard. A ce propos je ferai remarquer qu'il n'a jamais existé aucun doute sur le nombre normal typique des cuspides. D'autre part, dans les travaux de Zuckerkandl, Röse et autres, qui ont disposé de plus d'éléments que Choquet, le nombre des cuspides des trois molaires et leurs diverses combinaisons pour cent ont été déterminés.

Il est important de noter que, d'après M. Choquet aussi, la deuxième grosse molaire possède quatre cuspides dans 59 o/o. Le fait que sur onze ou douze deuxièmes molaires supérieures des hommes de Krapina, deux seulement possédaient quatre cuspides, une trois et demi, les autres seulement trois, indépendamment d'autres particularités importantes, sur lesquelles je ne puis m'étendre ici pour ne pas aller trop loin, était pour moi aussi une raison d'attribuer à l'homme de Krapina une place à part. Par contre, je ne puis admettre la manière de voir de M. Choquet sur le cinquième cuspide des premières molaires supérieures, le tubercule de

Carabelli. D'abord j'ai montré que celui-ci peut très bien atteindre le niveau de la face triturante et fonctionner en même temps que les autres tubercules. Puis il ne me semble nullement avoir prouvé que celui-ci existe réellement plus souvent dans les races civilisées que dans les races inférieures. Je considère justement le contraire comme plus important ; c'est pourquoi je ne peux pas non plus partager la manière de voir exposée d'abord par Batujeff que ce cinquième tubercule est un néoplasme en développement progressif. Je crois plutôt, comme Cope l'a admis, que c'est un élément constitutif très ancien, provenant du cingulum, des molaires des primates, existant déjà chez les lémuriens ; j'ai en particulier prouvé que chez le varcus-lémurien et chez d'autres demi-singes ce cinquième tubercule se rencontre bien formé dans toutes les molaires supérieures. J'ai également pu le prouver chez l'hylobate ; toutefois je n'ose pas affirmer qu'il y a ici atavisme ou anomalie individuelle occasionnelle. Avant tout, le fait que ce tubercule se rencontre bien plus souvent dans les dents de lait que dans les dents permanentes témoigne en faveur de la nature primitive du tubercule de Carabelli. Comme les premières constituent, comme on sait, une génération dentaire plus ancienne avec une empreinte plus primitive, ce fait serait difficile à comprendre si nous ne devions pas justement ranger aussi le tubercule anormal parmi ces éléments constitutifs primitifs.

Les prémolaires du bas ont une importance capitale dans le maxillaire humain sous le rapport de l'histoire des races. M. Choquet signale également ce fait que la deuxième prémolaire inférieure peut posséder parfois trois tubercules, rarement quatre et reçoit ainsi une forme plus semblable aux molaires. Pour dégager l'importance de ce fait, il est nécessaire d'examiner plus en détail le développement du maxillaire des mammifères.

Comme on sait, la formule fondamentale de celui-ci est $\frac{3-1-4-3}{3-1-4-3}$, c'est-à-dire que les mammifères les plus anciens et les placentaires récents qui n'ont pas changé à cet égard possè-

dent en haut et en bas trois incisives, une canine, quatre prémolaires, trois molaires, qui changent toutes, sauf les molaires. Mais il est très probable que les ancêtres de ces mammifères anciens ont possédé un plus grand nombre de dents. Celles-ci ont dû à l'origine avoir toutes une forme conique passablement uniforme et surtout elles auront changé toutes sans exception. Ce n'est qu'à la suite du passage de la vie aquatique à la vie terrestre, que nous devons admettre dans la formation des races de mammifères provenant des formes inférieures, avec l'uniformisation morphologique qu'elle a entraînée, que le maxillaire a été modifié à un haut degré. Avec le changement de nourriture s'est produit un raccourcissement des maxillaires. Les dents diminuèrent de nombre, mais les pointes coniques simples ne suffirent plus à venir à bout d'une alimentation plus consistante. Elles devinrent plus grandes et plus fortes. Il se produisit aussi une séparation. Tandis que les dents antérieures ne servaient qu'à retenir et à mordre, les postérieures, qui pouvaient, d'après les lois naturelles, accomplir des efforts plus grands, furent amenées à broyer les aliments.

La formation de la canine est facile à comprendre. Au point le plus exposé de l'arcade dentaire elle a été appropriée principalement pour tenir, protéger et défier et, par suite, elle a atteint peu à peu une plus grande grosseur. Mais comme le grossissement d'un organe ne s'opère d'ordinaire qu'au détriment des autres, le développement de la canine aura été cause que les dents voisines sont restées petites. Cependant elles ont grossi davantage vers l'arrière pour parvenir au maximum de force et diminuer un peu de grosseur finalement. La séparation en prémolaires et molaires aura manqué encore au début et, ce qui est plus important, les molaires de derrière auront été soumises, comme celles de devant, à un changement régulier. C'est seulement lorsque, à la suite d'un nouveau raccourcissement des maxillaires intéressant principalement la portion postérieure de ceux-ci et à la suite des conditions d'espace défavorables qu'il a entraînées, la première dentition des molaires a passé à la deuxième, de sorte qu'il ne s'est pro-

duit qu'une rangée de dents, que la séparation en prémolaires et molaires est devenue possible. Mais par cela même la raison décisive du changement de forme des prémolaires était donnée.

Tandis que les incisives et canines permanentes prennent la même place dans le maxillaire, comme celles de la première dentition, les prémolaires permanentes ont complètement changé de place par suite du raccourcissement philogénique des maxillaires et de la croissance ontogénique de l'extrémité postérieure de la mâchoire survenue plus tard. A partir du point de la force maxima elles se sont avancées et fonctionnent maintenant dans de tout autres conditions. On comprend donc aisément que peu à peu il devait se produire un changement de forme. Les résultats de la paléontologie concordent maintenant bien avec ces considérations théoriques.

Tout d'abord il est significatif que chez les plus anciens mammifères que nous connaissions, les allothéries triassiques, on ne puisse pas établir avec certitude d'après la forme une distinction des molaires en prémolaires et molaires, quoique nous ayons affaire à des formes relativement très différentes. Le changement de dentition n'a pas non plus été établi chez eux, de sorte que la désignation des molaires antérieures, qui sont souvent petites et rudimentaires, sous le nom de prémolaires, ne pourrait être qu'arbitraire et faite seulement par analogie avec des formes plus nouvelles.

Il y a lieu de remarquer aussi que presque chez tous les mammifères les dernières molaires de lait ressemblent plus à la première molaire permanente qu'à son successeur. Ce fait acquiert de l'importance en ce que précisément chez les véritables placentaires fossiles les plus primitifs, les condylarthres, les créodontes, ainsi que chez les pseudolémurides, la dernière prémolaire permanente a plus le caractère d'une molaire et peut même lui ressembler complètement. Nous rencontrons la même chose dans l'ordre primitif des insectivores, répandu aussi dans le présent.

Cela posé, si nous examinons le maxillaire humain, nous devons d'abord constater la différence surprenante dans la position des prémolaires de lait et de leurs successeurs, les prémolaires permanentes. La dernière possède complètement la forme des premières molaires permanentes, tandis que la première molaire de lait est plus petite, elle laisse clairement reconnaître la forme d'une molaire. D'après cela les prémolaires de lait décèlent suffisamment leur nature primitive. Il en est différemment des prémolaires permanentes. Elles ont complètement perdu le type molaire et, pour les motifs ci-dessus mentionnés, acquis une individualité propre, qui permet une démarcation nette entre les prémolaires et les molaires. Nous devons donc considérer la présence rare de trois ou quatre tubercules dans la deuxième prémolaire permanente inférieure comme une réminiscence atavique. Nous ne devons donc pas nous étonner de leur présence au maxillaire inférieur seul, car précisément celui-ci a conservé à tous égards ses conditions originaires.

Examinons maintenant les prémolaires inférieures des anthropomorphes. Tandis que leur deuxième molaire de lait ressemble parfaitement à la première molaire permanente et que la deuxième prémolaire permanente est modifiée comme chez l'homme, la première prémolaire inférieure n'a qu'une pointe dans les deux dentitions et ressemble complètement à une canine. De ce qui précède nous devons conclure que la forme des *molaires de lait* inférieures chez l'homme est la plus primitive, que ses prémolaires *permanentes* ont modifié celle-ci, mais que surtout les premières prémolaires inférieures des anthropomorphes *dans les deux dentitions*, probablement à la suite du développement des puissantes canines, se sont fortement spécialisées.

Il en résulte des conséquences très importantes. Tous les anthropomorphes dont nous connaissons les prémolaires inférieures ont déjà des prémolaires si spécialisées qu'ils ne peuvent pas déjà pour ce motif être considérés comme les

ancêtres de l'homme ; en outre, il est clair qu'ils ont dû probablement se développer plus primitivement, pour le moins tout aussi primitivement que leurs descendants actuels. Mais le fait que la différenciation de la première prémolaire du bas dans la dentition permanente, comme dans la dentition de lait des anthropoïdes, a été presque tout aussi active, et que, en outre, elle existe déjà aussi chez les fossiles au même degré, permet de conclure que la séparation des deux races doit avoir lieu profondément dans la racine, hypothèse rendue vraisemblable aussi par d'autres découvertes.

Ce qui précède est seulement destiné à montrer les intéressants et passionnants problèmes que soulève ce terrain si limité en apparence, si l'on essaye de le considérer à un point de vue élevé. Incité par les excellentes recherches de M. Choquet, j'ai voulu prouver qu'il existe encore là un champ de travail extraordinairement riche, et, si je parviens à y faire travailler tel ou tel chercheur, mon but sera atteint.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

DANGERS DU CRAYON DE NITRATE D'ARGENT

Par J. Miran, de Tours.

Comme suite à l'intéressant article de M. Amoëdo[1] sur l'emploi de l'azotate d'argent, je me permettrai de dire quelques mots sur les divers dangers de contamination qui pourraient résulter pour les malades, des cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent.

En effet, avons-nous jamais pensé, en cautérisant un aphte, une plaque muqueuse, un bobo quelconque siégeant dans la bouche, avec le crayon de nitrate d'argent, avec ce crayon banal, servant à tout le monde et pour toutes espèces de lésions et continuant à servir tant qu'il n'est pas absolument usé, que nous pouvions donner à nos malades, inconsciemment, bien entendu, telle ou telle affection et en particulier la syphilis ?

Mais je vois déjà l'objection que mes confrères me feront à ce sujet : le nitrate d'argent, la pierre infernale, me direz-vous, étant un caustique et un élément microbicide par excellence, comment les bacilles ou virus pourraient-ils résister à son action destructive, stérilisatrice ?... Est-ce le crayon ?...

D'après M. le professeur A. Fournier, dont nous connaissons tous l'autorité en la matière, cela, théoriquement, paraîtrait peu vraisemblable, étant donné les qualités chimiques du nitrate d'argent, corps destructeur des molécules organiques. Ce serait donc le *porte-caustique* seul qui serait dangereux dans l'espèce et cela dans les deux conditions suivantes : 1° lorsque l'instrument est promené obliquement sur la plaie (plaques muqueuses, aphte) ; 2° lorsque le crayon est très court, usé et réduit à un simple tronçon, qui dépasse à peine l'extrémité de la pince.

En effet, dans ces deux cas, le porte-crayon peut être mis en contact avec la plaie au moment de la cautérisation. Et dans ces conditions si le dit porte-crayon portait sur lui tel ou tel virus, il n'y aurait rien d'étonnant qu'il pût transmettre telle ou telle maladie. Oui, des cas de contamination de syphilis, due aux cautérisations faites avec le crayon d'azotate d'argent, ont été observés par M. le professeur A. Fournier. Et pour en convaincre les incrédules en la matière, je me permettrai de leur rapporter ici textuellement les deux observations typiques que relate l'éminent syphiligraphe dans son ouvrage magistral intitulé : Prophylaxie de la syphilis.

---

1. V. *Odontologie*, 15 mars 1908, p. 207.

Premier cas. — Un de nos confrères, célibataire, n'avait eu depuis plus de six mois « aucun rapport sexuel, aucun contact vénérien de n'importe quel genre », lorsqu'il lui arriva d'être affecté à la verge, dans la rainure glando-préputiale, de deux minuscules érosions de balano-posthite consécutive à une absence forcée de soins d'hygiène pendant un très long voyage en chemin de fer. Il eut alors la malheureuse idée, pour hâter la cicatrisation de ces deux petites plaies, de les cautériser, et il les cautérisa. Les plaies se fermèrent presque aussitôt. Mais, quelques semaines plus tard (et cela en l'absence de tout rapport, de tout contact vénérien), il se produisit sur leur emplacement deux lésions nouvelles, lesquelles devinrent des chancres syphilitiques indéniables, d'ailleurs suivis, dans les délais classiques, de symptômes d'infection générale. Or, notre confrère s'était servi, pour cautériser les plaies en question, *de son crayon de nitrate d'argent*, crayon avec lequel il avait eu l'occasion « quelques semaines et quelques jours auparavant, de cautériser plusieurs lésions syphilitiques de forme érosive ou ulcéreuse » (textuel).

Deuxième cas. — Un jeune homme se fait une brûlure au doigt médius, le 8 août (notez bien les dates, c'est essentiel en l'espèce).

Peu après il est appelé à faire ses vingt-huit jours de service militaire. La plaie tardant à se cicatriser, on la cautérise dans un hôpital militaire, le 27 août, et on la cautérise (le malade est très formel et très affirmatif sur ce point, qu'il dit avoir positivement remarqué) avec un *crayon de nitrate d'argent*, « qui venait de servir à cautériser la bouche de plusieurs soldats syphilitiques et affectés à la bouche de lésions syphilitiques ». La plaie cependant s'améliore et paraît tendre à se cicatriser ; puis, tout à coup, elle se modifie, se transforme. Bref, le malade nous arrive ici en octobre avec un chancre du doigt, chancre syphilitique des mieux caractérisés, et bientôt suivi d'accidents généraux » (textuel).

Donc, nul doute possible. Ces deux contaminations de syphilis étaient bel et bien dues aux cautérisations faites avec le *crayon de nitrate d'argent.*

Qui nous dit que le porte-nitrate n'a jamais servi également de véhicule à l'inoculation de la tuberculose ou d'autres maladies contagieuses ?...

A présent, comment devons-nous éviter ce danger ou ces dangers.

D'abord proscrivons absolument, dans notre *cabinet, le dangereux crayon de nitrate d'argent,* oui, proscrivons ce *crayon banal, commun* qui, servant à tout le monde et à toutes lésions, risque de semer la contagion. Remplaçons-le soit par un crayon *vierge* monté sur un porte-caustique sans valeur (tel qu'une plume d'oie, par exemple), qui pourrait être sacrifié après chaque cautérisation, ou bien encore par des cautérisations faites avec une petite boulette de coton hydrophile,

portée avec une presselle (presselle aseptisée au préalable, bien entendu), laquelle boulette serait imbibée d'une solution argentique à saturation (solution à saturation A. Fournier). Quant à moi, voici comment je procède en l'espèce : Je prends un stylet en argent dont je plonge une des pointes, après l'avoir préalablement chauffée un peu, dans un flacon contenant des cristaux de nitrate d'argent. Je porte ensuite la pointe de mon stylet, ainsi garnie de cristaux que la chaleur a fait adhérer, sur la flamme d'un bec Bunzen ou d'une simple lampe à alcool, flamme sur laquelle je la maintiens jusqu'à ce que les cristaux fondent et viennent former boule autour de la pointe de mon stylet. C'est avec la pointe ainsi garnie que je cautérise les différentes ulcérations et plaques muqueuses. Ce stylet, une fois la petite opération terminée, est mis de côté et soigneusement stérilisé par la chaleur humide.

Dans l'intérêt général, j'ai cru de mon devoir de faire cette modeste communication, pour mettre mes confrères en garde contre les dangers dont un *crayon banal* de nitrate d'argent pourrait être la source.

COIFFAGE DE LA PULPE DENTAIRE.

Par Francisco Correa de Mello (de San Paulo, Brésil).

Le coiffage de la pulpe dentaire, dans les caries de troisième degré, peut rendre souvent des services appréciables ; je viens donc signaler à nos confrères un procédé de traitement de la pulpe qui me paraît très simple et qui m'a donné des succès. — A ma clinique s'est présentée une patiente qui, entre autres, avait une carie du troisième degré, avec pulpite violente accompagnée d'un certain degré de périodontite et d'ébranlement de la dent.

Dès la première séance, après analgésie à la cocaïne je réussis, non sans un peu de souffrance pour la patiente, à nettoyer la cavité et à amputer la moitié de la partie coronaire de la pulpe. Pour l'obturer, j'ai coiffé la partie restante avec la pâte ci-dessous.

Aristol.............. } āā
Oxyde de zinc........ }
Salicylate de méthyle, q. s. pour une pâte très fine.

Après avoir bien coiffé la pulpe je l'ai recouverte d'une mince couche de gutta-percha et j'ai achevé l'obturation avec du ciment. Quelques minutes après la patiente ne se plaignait déjà plus de sa dent, mais ce ne fut qu'au quatrième jour qu'elle est devenue tout à fait

ferme et saine. Voilà déjà une année que j'ai fait ce travail, jusqu'à présent la dent se trouve bien obturée et saine. Le résultat peut donc être considéré comme complet.

J'ai renouvelé, il y a à peine un mois, la même application dans un cas qui ne différait de l'autre que parce que la pulpite était plus bénigne, mais la dent se trouvait également ébranlée.

La réussite fut encore complète et la dent redevint ferme et saine au bout de deux jours.

Pour le moment, je m'en suis tenu à ces deux expériences ; mais comme la réussite en fut très franche, je tiens à la communiquer pour que cette pâte puisse être expérimentée et étudiée par mes confrères.

PATE ARSENICALE ANESTHÉSIQUE

Par M. V. Gouthière,
Pharmacien de 1re classe,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

Je tiens à communiquer à nos confrères une formule de pâte arsenicale donnant d'excellents résultats.

Acide arsénique	1 gramme.
Chlorhydrate d'héroïne	8 gr. 50.
— de cocaïne	0 gr. 50.

Glycérine neutre, q. s. p. former une pâte ferme.

Il semble chimiquement très rationnel de former une pâte avec la glycérine, qui, dans le milieu légèrement humide où on la place, facilitera la diffusion rapide et l'action du caustique. Tout au contraire les produits essentiels insolubles par nature sont isolants et ralentissants.

De nombreuses observations faites semblent confirmer cette hypothèse chimique. Les filets radiculaires sont plus sûrement dévitalisés et rapidement anesthésiés. L'application du produit n'est suivi d'aucune douleur et sa conservation est indéfinie.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

APPAREIL POUR LA CONFECTION DES INLAYS EN OR COULÉ

Par A. Prével.

(Présentation à la Société d'Odontologie, 10 mars 1908.)

Nous connaissons tous, pour l'employer journellement avec succès, la méthode pour la confection des inlays en métal coulé, méthode de M. Solbrig, que l'auteur a exposée ici même, et qui a eu un si grand retentissement. J'ai fait construire un appareil modifiant le système de notre collègue.



Voici en quelques mots la description du petit appareil que j ai l'honneur de vous présenter qui est comme vous le voyez assez simple.

Il se compose d'une plate-forme métallique sur laquelle est adapté et rivé un col de cygne. Dans une rainure pratiquée vers l'extrémité

de ce col de cygne glisse un piston qui, sous la pression de la main descend librement jusqu'à la base. A ce piston est accolé un ressort qui en entoure la tige et qui sert à le relever automatiquement jusqu'à son point de départ. A l'extrémité basse de la tige se trouve le compresseur qui reçoit les corps humides, tampons, amiante, ouate, etc., devant fournir la vapeur d'eau nécessaire à la pénétration du métal en fusion.

Sur la plate-forme métallique est réservé un emplacement pour de petits plateaux *interchangeables* (comme l'indique la figure) qui recevront à leur tour les cylindres creusets du même calibre amenant ceux-ci directement sous la chute du piston, et les y maintenant.

Comme vous pouvez le voir, la disposition de l'appareil facilite beaucoup la manœuvre du chalumeau, et permet d'employer des creusets de grandeur appropriée au volume du métal à couler.

REVUE DES REVUES

LES CONSÉQUENCES DE L'EXTRACTION DES DENTS TEMPORAIRES

Par A. Siffre.

Pour éviter ou pour corriger une irrégularité de position on est souvent obligé d'extraire des organes de lait dont la disparition va justement permettre à l'organe permanent d'aller occuper ultérieurement un point jugé normal.

La suppression d'une dent de lait entraîne forcément un changement topographique qu'il est indispensable de parfaitement préciser, afin de savoir sur quelle somme de bénéfice thérapeutique on peut compter exactement, du fait même de cette suppression.

C'est ce que je vais essayer de faire dans ce qui va suivre.

* * *

Nous passerons rapidement, sans nous y arrêter même, sur la formation des mâchoires, des dents, sur leur sortie dans la période temporaire. Nous prendrons la denture quand toutes les dents de lait sont sorties.

* * *

De trois à sept ans l'arcade temporaire est définitivement et immuablement constituée.

Toutes les racines des organes temporaires sont formées et solidement attachées à un tissu osseux dont la résistance est proportionnelle au volume même des racines.

Donc, quand la deuxième dentition commencera elle trouvera occupée la place qui précisément lui est réservée.

J'ai montré ailleurs comment le dynamisme buccal agissait sur les dents en évolution et contribuait à la formation des arcades dentaires en imposant aux dents les effets de causes mécaniques que les organes dentaires subissent sans réaction possible de leur part[1].

La denture temporaire sera une force nouvelle s'ajoutant à celles même qui ont présidé à sa formation.

Cet ensemble dynamique forcera la deuxième denture à subir son action avec une puissance irrésistible, invincible, immuable.

1. Migration physiologique des dents. Dr *Siffre*. Congrès A. F. A. S. 1902.

Chaque organe permanent aura, comme les organes temporaires, à s'équilibrer dans le point neutre des forces dont il subira inertement la puissance. Mais aussi il aura à compter avec ces mêmes temporaires, qui, elles, n'avaient rien qui les gênait pour se bien placer, tandis que les permanentes devront subordonner leur évolution, leur émigration, leur placement en un mot, « à la bonne volonté » — qu'on me pardonne cette image — à la bonne volonté des racines temporaires à céder la place par leur résorption radiculaire.

Car cette dent temporaire qui semble n'être rien quand elle tombe après la résorption complète de ses racines, n'est-elle pas aussi solidement implantée qu'une permanente, et dois-je insister pour remémorer la difficulté d'extraction de molaires de lait possédant leurs racines ?

Cependant il est impossible que la deuxième denture se constitue autrement que dans le plan formé et arrêté par la première.

J'ai déjà démontré l'identité de ces deux dentures dans différents travaux publiés par les journaux professionnels[1], je ne crois pas utile d'y revenir ici.

Donc de ceci nous pouvons déjà tirer une proposition, à savoir :

« La denture permanente remplaçant dans un même espace la » denture de lait, il est absolument indispensable que cette der- » nière disparaisse à propos et entièrement pour que la première se » forme normalement dans l'espace occupé par la denture tempo- » raire. »

*
* *

Jusqu'ici nous n'avons vu que les seules dents de lait ou première denture ; nous devons leur ajouter comme force supplémentaire les quatre dents de six ans ou premières grosses molaires permanentes.

Elles offrent leur masse, leur fixation à l'os maxillaire, en constituant ainsi deux bornes inébranlables qui limitent définitivement la ligne courbe formée par la somme des diamètres méso-distants des dix dents de lait, qui, de la face distale de l'une, va à la face distale de l'autre.

Cette ligne dans aucun cas ne sera plus longue.

Nous savons donc que l'arcade de lait réalise une courbe qui s'étend de la face distale d'une deuxième molaire de lait, à la face

---

1. Compte rendu du Congrès de Lyon, 1897.
L'arc dentaire chez l'homme. Congrès de 1900.
Revue odontologique, 1901.
Migration physiologique (déjà cité).
Revue générale d'art dentaire, septembre 1906.

distale de l'autre deuxième molaire de lait. Cette courbe égale la somme des dix diamètres méso-distants des dix organes de lait, à savoir quatre incisives, deux canines et quatre molaires.

Cette somme est égale à la somme des dix diamètres des dix dents permanentes qui remplacent les temporaires.

C'est dire que : *la denture permanente remplace dans un espace exactement le même la denture temporaire*[1].

Il faut le dire ici, une loi physiologique que nous n'avons pas à discuter, mais simplement à constater les effets, veut que :

« *Toute dent privée de sa voisine mésiale effectue une migration* » *parallèle à la ligne articulaire, c'est-à-dire parallèle et dans le sens* » *des diamètres méso-distants.*

» Donc la courbe diamétrique méso-distante ne peut que dimi- » nuer, mais jamais s'agrandir. »

D'où cette autre proposition :

« *La ligne articulaire ou somme totale des diamètres méso-distants* » *des dix dents de lait est limitée par les dents de six ans. Cette ligne,* » *en vertu de la loi de migration physiologique disto-mésiale, ne sera* » *jamais plus longue, mais elle peut être plus courte.* »

Les première, deuxième et troisième molaires se plaçant en arrière et tout à fait indépendamment de l'arc temporaire, n'ont aucun rôle à jouer dans la deuxième dentition, le terrain osseux qu'elles occupent se créant en dehors de la région temporaire et permanente qui la remplace.

Je dirai ici, en attendant d'y revenir, que la denture temporaire est toujours normale et régulière.

Les exceptions sont trop rares pour en atténuer le principe de règle générale.

Ainsi, pour que la deuxième denture se constitue en position normale, c'est-à-dire en position identique à celle de la première, il est donc absolument indispensable :

A. — Que les racines temporaires soient résorbées dans des conditions phylodontiques [2] et chronologiques telles que l'organe permanent puisse là où il sort où de là, être mis ultérieurement en position définitive normale, tout cela s'accomplissant bien entendu sans qu'il se produise du tissu osseux supplémentaire, ce supplément osseux ne constituant qu'un impedimentum, qui créera justement les conditions requises pour réaliser une ou plusieurs des irrégularités de position parmi les si nombreuses que nous connaissons.

---

1. J'ai dit et redit cela, je ne saurais trop le redire, puisqu'on semble l'ignorer, ne pas le comprendre, ou l'inventer en le faisant passer par New-York ou Philadelphie !

2. De *Phulé*, tribu, lignée, et *odontos* dent.

B. — Que le vide créé par la chute d'un organe temporaire soit occupé par l'organe permanent avant qu'il soit possible aux autres organes voisins d'accomplir la migration physiologique disto-mésiale qui diminuerait la courbe formée par les 10 diamètres méso-distants des dents temporaires.

Avec ce qui précède on est autorisé à dire que :

Si l'on enlevait toutes les dents de lait à la fois, et que les dents de six ans pussent être maintenues en leur place primitive, la deuxième dentition se constituerait, normale, comme l'était la première.

D'ou découle encore cette proposition :

Que l'espace produit par la suppression physiologique ou chirurgicale d'un organe ne peut nuire en rien au placement normal d'un organe permanent, si cet espace est maintenu physiologiquement ou artificiellement.

*
* *

Les conséquences de l'extraction des dents temporaires sont donc déterminées par le temps s'écoulant entre leur disparition et par l'ordre dans lequel les organes doivent être remplacés par les permanentes. Ce sont là les rapports chronologiques et phylodontiques.

Sans faire ici l'histoire de la deuxième dentition, il est nécessaire néanmoins d'esquisser celle de la chute et du remplacement et de préciser surtout le mécanisme qui réalisera une denture permanente régulière, conforme au type régulier de la denture temporaire.

Nous savons que les deux incisives centrale et latérale permanente ont un diamètre méso-distant plus grand que celui de leurs synonymes temporaires ; donc il ne sera pas possible aux premières de remplacer les secondes dans le même espace osseux, si cet espace ne s'agrandit pas.

Nous savons d'ailleurs que les deux molaires de lait ont toujours un diamètre méso-distant plus grand que le même diamètre des bicuspides qui les remplacent.

Les mensurations de toutes les dents temporaires et permanentes, bien qu'ayant été faites sur des pièces n'appartenant pas au même sujet, sont, pour tous les auteurs, sensiblement semblables, et, des chiffres donnés, il résulte que la différence qui existe entre les deux incisives de lait et les deux incisives permanentes est inférieure à la différence qui existe entre les deux molaires de lait et les deux biscupides.

Si donc la denture permanente était seulement composée de ces huit organes, quatre incisives et quatre bicuspides, pour remplacer les quatre incisives et les quatre molaires temporaires, il y aurait pour la denture permanente un supplément de place qui produirait un espace

entre les dents permanentes, en supposant que les premières grosses molaires permanentes restent en place, c'est-à-dire qu'elles ne migrent point dans les conditions déjà indiquées.

Mais dans chaque denture il y a une dent, la canine, plus grosse dans la denture permanente que dans la temporaire.

Cette canine permanente ne pourra trouver sa place et prendre une position normale que si elle peut profiter du supplément de terrain fourni par les bicuspides et inutilisé par les incisives, auquel s'ajoute celui occupé par la canine de lait.

Mais, pour que les incisives, les canines et les bicuspides permanentes puissent, en utilisant cet échange de terrain osseux, se placer en position régulière, il est nécessaire, indispensable, qu'un *mécanisme spécial*, régissant la deuxième dentition pour former la deuxième denture, s'effectue régulièrement, en un mot physiologiquement, c'est-à-dire dans un temps et dans un ordre donné où la moindre perturbation créera une ou plusieurs de ces malpositions dont l'ensemble constitue ce que nous nommerons les irrégularités dentaires, pour les distinguer des anomalies, une dent pouvant être parfaitement normale, et mal placée, aussi bien qu'une dent anormale peut être parfaitement placée.

En somme la deuxième denture se constitue normalement d'après un mécanisme simple, toujours le même, et strictement déterminé ; c'est ce que nous allons voir ci-après.

Pour comprendre la constitution de la deuxième denture, il est nécessaire de constater que la première est toujours régulière, *c'est un fait ;* les exceptions sont si rares qu'elles ne peuvent permettre la discussion.

*
* *

Les maxillaires d'un enfant, avant la percée de ses dents de lait, contiennent, rangés l'un à côté de l'autre, des organes dentaires qui plus tard vont sortir et se placer sur la mâchoire en perfectionnant l'arrangement presque parfait qu'elles affectaient avant de sortir.

De plus, ils trouvent le champ absolument libre : ni en avant, ni en arrière, ni sur le côté, les premières incisives ne rencontrent d'obstacles ; elles ne peuvent donc que se placer en un point où, ne subissant l'action d'aucune force, elles resteront, et, ainsi immobilisées, elles s'attacheront à l'alvéole qui va se fermer autour de leur racine.

Puis les autres dents de lait se placeront dans les mêmes conditions, guidées même pour ainsi dire par les prédécesseurs, *résultantes* réelles du dynamisme buccal.

Et c'est ainsi que se constituera chaque arcade dentaire, et qu'on

me pardonne le pléonasme, une arcade arciforme, parce que, bien avant la sortie des dents, le maxillaire qui les contenait était lui-même arciforme. Cette forme particulière de l'arcade dentaire de l'homme *est telle,* pour des raisons qui ne nous intéressent pas ici ; nous constatons le fait, voilà tout.

*
* *

Quand plus tard la deuxième dentition commencera, les dents permanentes trouveront de tous côtés des bornes qui les forceront à suivre un chemin dont elles ne pourront point s'écarter, pour arriver à la disposition définitive et normale, si le mécanisme du remplacement des temporaires par les permanentes se réalise normalement.

Mais qu'ici l'on se pénètre bien de l'état des mâchoires au moment de l'éruption des dents permanentes et qu'on ne perde pas de vue que ces organes n'ont pas le champ libre comme l'avaient ceux qu'elles vont remplacer. La dent de lait pendant son évolution et son éruption ne rencontrait rien qui pût la gêner pour prendre position ; la dent permanente rencontre la dent de lait qu'elle remplace, et les voisines qui n'ont pas à se déranger pour elle, et qui par leurs solides implantations radiculaires leur opposent des obstacles que cette dent permanente est parfaitement incapable de surmonter. Elle ne pourra que tourner l'obstacle, c'est-à-dire dévier de la route qui la mènerait au but naturel ou position normale.

Tout cela pour dire que la denture permanente est, absolument et en tout, ***la subordonnée de la denture temporaire.***

*
* *

Pour retirer de l'étude du mécanisme de la deuxième dentition un bénéfice utilisable en pratique, il faut s'intéresser à l'évolution et l'éruption non pas de la dent, mais d'un groupe de dents.

C'est qu'en effet ce n'est plus le placement de l'incisive latérale qui nous préoccupe, pas plus que la deuxième prémolaire ou celui de la canine, parce que nous savons que les premières devront profiter d'un terrain que des molaires de lait laissent en trop aux bicuspides et que ce terrain sera encore utilisé par la canine.

Nous pouvons diviser notre denture de lait, au point de vue de l'histoire de la deuxième dentition tout au moins, en trois groupements d'organes :

1er Groupe. — Les incisives	}	A. du haut.
2e Groupe. — Les molaires	}	B. du bas.
3e Groupe. — Les canines.	}	

l'ordination de ces groupes découlant du moment du changement de la denture.

Nous laisserons de côté les rapports des deux arcades, qui n'ont pas un grand intérêt au point de vue particulier de ce qui nous occupe ici. Chaque arcade, haut et bas, se constituant dans la période temporaire comme nous l'avons déjà indiqué et l'arcade permanente suivant les indications parfaitement arrêtées par la première, les rapports entre arcades devront être dans la deuxième denture tels qu'ils étaient dans la première. Il nous suffira donc de nous en tenir à une arcade et en particulier à l'arcade supérieure, et d'appliquer à l'autre tout ce que nous en saurons pour avoir l'ensemble du mécanisme que nous étudions en ce moment.

*
* *

Tout au début de la deuxième dentition nous verrons les incisives permanentes sortir et se placer entre les canines de lait. Mais, pour leur arrangement normal ultérieur, il est nécessaire que leur position, au moment où elles sortent, permette l'action des forces qui les entourent et que j'ai schématisées [1] en labiale ou d'avant en arrière, et en linguale ou d'arrière en avant [2], les oblige à occuper un point neutre, de ces forces mêmes, et qu'enfin, immobilisées en ce point, ces incisives laissent se constituer le tissu osseux alvéolaire et leur racine qui se formera dans le même temps.

La position des incisives permanentes entre les deux canines de lait ne peut être « régulière », puisque l'espace intercanin temporaire est plus petit que la somme des quatre diamètres méso-distants de ces incisives. Elles se placeront donc tout d'abord irrégulièrement et de telle sorte que les forces dont nous avons parlé puissent les obliger à occuper leur position définitive et normale quand la canine de lait disparaît, et avant que la canine permanente la remplace et s'oppose au mouvement à effectuer.

La position des quatre incisives permanentes, en règle générale, au moment de leur sortie affecte la forme d'une ligne brisée, dont chaque segment se trouve formé par le diamètre méso-distant de chacune d'elles, continué par celui de la voisine.

Pour que le mouvement « méso-distal » puisse se produire, il est donc nécessaire que la canine de lait cède de la place. Mais elle ne peut être seule à céder cette place, il faut aussi que la canine permanente participe à la cession.

La canine permanente étant située pour ainsi dire dans l'axe de la canine de lait, elle ne pourra céder l'espace nécessaire à l'arrangement régulier des incisives qu'en migrant en arrière, ou mieux parallèlement et dans le sens de la ligne méso-distante de l'arcade.

---

1. Migration physiologique. — Congrès A. F. A. S.
2. Ce schéma établi aussi par d'autres auteurs.

Si la migration de la canine ne s'effectue pas, — et nous verrons bientôt pour quelles raisons, — elle remplace simplement la canine de lait, mais étant plus grosse que celle-ci, elle fera saillie entre l'incisive latérale et la dent postérieure, première molaire de lait ou première bicuspide, en maintenant définitivement dans ce cas *l'espace insuffisant* pour les incisives. En ce moment et dans ces conditions l'espace intercanin permanent ne peut être plus grand que le temporaire, il est et doit être même plus petit, puisque la canine permanente plus grosse, mange encore de cet espace.

Bien que paraissant compliqué, le mécanisme de ces déplacements est très simple.

La canine de lait résorbera sa racine en même temps que la première molaire de lait résorbera la sienne, mais cette dernière beaucoup plus rapidement et plus complètement que la première. Les incisives pourront opérer leur développement diamétrique, parce que la résistance de la canine de lait [1] dont la racine disparaît progressivement, deviendra plus faible que les forces agissant sur les incisives. Et alors, mais alors seulement, ces dernières dents trouvant le champ libre du côté distal, ou plus exactement moins résistant, en profitent pour se bien placer en s'étalant pour aussi dire méso-distalement.

Mais encore, le bon placement ne s'effectuera que si la molaire de lait a déjà, et avant même la canine de lait, résorbé ses racines.

Nous savons que la bicuspide est contenue dans les racines de la molaire de lait ; si donc ces racines persistent, il est impossible à la canine permanente d'aller autre part qu'entre la face mésiale de la racine antérieure de la première molaire de lait et la face distale de l'incisive latérale permanente, et la disparition de la canine de lait ne serait d'aucune utilité pour le placement des incisives, puisque la canine permanente la remplacerait avec sa plus grande dimension diamétrique en plus.

Mais dans les cas normaux les racines de la première molaire de lait sont résorbées avant, bien avant, celles de la canine de lait, quelquefois même la première bicuspide est sortie avant la chute de cette canine temporaire. C'est dans ces conditions que la migration des incisives et de la canine permanente pourra se produire. (*Revue générale de l'art dentaire*, 1908, n° 1).

(A suivre.)

---

1. La canine de lait devra céder déjà quand la deuxième incisive émigrera, car à la résorption qu'elle provoque sur sa synonyme temporaire doit s'ajouter une résorption collatérale. Je reviendrai spécialement sur le processus de résorption.

REVUE ANALYTIQUE

La stomatite provoquée par l'huile grise. — La greffe dentaire. — L'atoxyl en art dentaire. — Sur les nécroses d'apparence spontanée de la pulpe dentaire. — Deux cas d'intoxication au cours de l'anesthésie par la cocaïne.

La stomatite provoquée par l'huile grise.

MM. Gaucher et Bory, qui avaient déjà attiré l'attention sur la gravité des stomatites mercurielles, survenant au cours du traitement anti-syphilitique par les injections d'huile grise, apportent une nouvelle observation qui semble montrer que cette stomatite grave, gangréneuse et nécrotique, est spéciale à ce mode de traitement.

La maladie débute comme la stomatite moyenne et généralisée banale ; puis, après une amélioration apparente, elle se localise sur l'os qu'elle nécrose en un point de prédilection qui est l'angle du maxillaire. Cette nécrose se traduit extérieurement par une tuméfaction unilatérale sous-maxillaire ou génienne, due à un œdème inflammatoire, qui augmente parallèlement à l'extension du processus. La mort survient fréquemment à la suite d'œdème de la glotte, de broncho-pneumonie ou d'hémorragie brusque (six cas de mort sur huit observations).

(*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 mars 1908.)

La greffe dentaire. — Ses conditions de réussite.

L'agent principal de la greffe, c'est le périoste alvéolo-dentaire. Celui-ci se rapproche par plusieurs caractères physiques de la constitution du périoste osseux, surtout sur la face profonde en contact avec le cément, mais il s'en distingue par l'absence d'éléments élastiques, et le grand nombre de ses filets nerveux, faciles à observer sur la face superficielle en contact direct avec la paroi alvéolaire.

Le périoste alvéolo-dentaire se divise en deux lames, l'une adhérant au maxillaire, l'autre à la racine. S'il reste adhérent à la dent, la greffe est possible ; c'est la greffe classique. L'auteur signale les expériences de Hunter et Philippeaux, qui ont pu planter des dents dans la crête d'un coq et constater après plusieurs mois, que de nombreux vaisseaux faisaient communiquer le tissu de la crête avec la dent. Le même phénomène pourrait donc se produire dans la réimplantation d'une dent fraîche entourée de son ligament.

Mais comment une dent sèche, et privée de sa pulpe et de son ligament, c'est-à-dire physiologiquement morte, peut-elle reprendre ses connexions avec le maxillaire ? Peut-être s'agit-il là d'un phénomène d'ostéite condensante, analogue à celui qui succède à l'extraction des dents : Le tissu osseux viendrait enserrer la racine.

Les cellules ostéoclastes creusent des sillons dans le corps inerte qu'elles entourent. Il se forme des travées osseuses qui, parties de l'alvéole, viennent s'implanter dans la racine de la dent morte. La dent morte réimplantée serait comparable en ce cas, à un corps neutre qu'on

implanterait dans un os avec toutes les conditions d'asepsie nécessaires. Mais elle trouverait des conditions de fixation particulièrement avantageuses dans la vitalité de l'os maxillaire, car nulle part ailleurs, les phénomènes d'ostéite alternativement raréfiante et condensante ne sont aussi actifs qu'au niveau des alvéoles.

(A. GERSON, *Thèse de Paris*, 1907, in *Arch. de Stomatologie,* janvier 1908.)

L'atoxyl en art dentaire.

Le sel monosodique de l'acide pamido-phényl-arsénique, connu sous le nom d'atoxyl, et qui est actuellement employé avec succès contre la maladie du sommeil et la syphilis serait, d'après Levin, d'un emploi très pratique en art dentaire, à cause de son peu de toxicité; il remplacerait avantageusement la pâte arsenicale.

Levin l'utilise au moyen d'une boulette de coton imbibée d'une solution fraîchement préparée qui peut rester en place plusieurs jours sous un pansement occlusif. Il insiste sur le peu de toxicité de ce produit dont l'emploi constituerait un réel progrès.

(H. LEVIN, *Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde,* 30 oct. 1902).

Sur les nécroses d'apparence spontanée de la pulpe dentaire.

Dans ce travail l'auteur envisage le cas d'une dent d'apparence saine, ayant sa sensibilité normale, et qui, en quelques jours ou quelques mois, sans aucune lésion visible, perd son éclat, sa transparence, sa sensibilité à tout contact ainsi qu'au chaud et au froid. La dent devient tantôt bleue, tantôt ardoisée, tantôt brunâtre ; d'autres fois, le changement est à peine perceptible.

Si l'on ouvre la chambre pulpaire, on ne provoque aucune douleur, ou seulement un peu de sensibilité quelquefois, quelques filets nerveux pouvant un certain temps conserver un reste de vitalité.

Il s'agit d'un cas de nécrose pulpaire spontanée mais dont l'apparence de spontanéité ne tient qu'à l'ignorance des causes réelles du phénomène.

L'étiologie est très obscure. On incrimine le plus souvent un traumatisme ; souvent on le retrouve en remontant à quelques semaines ou à plusieurs années, mais souvent aussi on ne le retrouve pas nettement.

Le traumatisme doit vraisemblablement être une cause fréquente, mais non *sine qua non,* puisque on voit des dents dont la pulpe se mortifie chez certains sujets, en quelques semaines, sans que cette cause puisse être invoquée.

Comment ce traumatisme agirait-il ? Cédant à un choc plus ou moins violent, l'articulation alvéolo-dentaire se mobilise de telle façon que le pédicule vasculaire apexien se trouve rompu. La rupture du pédicule a pour conséquence la nécrose aseptique de la pulpe dentaire.

Cependant, il est difficile d'expliquer d'une façon semblable les mortifications pulpaires survenant, par exemple, au niveau des grosses molaires. Ces dents présentent deux ou trois pédicules apexiens, sont difficilement mobilisables, sont peu exposées aux chocs, puisqu'elles

sont protégées par l'apophyse malaire et le bord externe du maxillaire inférieur et il paraît bien peu probable qu'un traumatisme léger puisse produire de semblables résultats.

Il est plus probable qu'il s'agit d'une sorte d'étranglement du rameau vasculaire à la suite d'une inflammation locale voisine de l'apex des racines, d'origine traumatique ou autre. La circulation de retour, d'abord un peu entravée, finit par ne plus pouvoir se faire, parce que les vaisseaux sont serrés au niveau de l'anneau apexien qui est inextensible, et l'organe pulpaire s'étrangle et se mortifie quelquefois.

Peut-être s'agit-il aussi de troubles trophiques, car on rencontre très fréquemment des dents mortes chez les malades atteints d'affections nerveuses.

Ce ne sont là que des hypothèses dont l'anatomie pathologique dentaire n'a pas encore montré la réalité. Quoi qu'il en soit, le traumatisme est une cause fréquente, mais il en existe d'autres, actuellement encore inconnues.

Lorsque la pulpe s'est mortifiée, que se passe-t-il ? Bien souvent la pulpe reste dans cet état de mortification aseptique, isolée de l'extérieur dont elle est séparée par une couche de dentine et d'émail. Elle peut rester ainsi, plusieurs dizaines d'années.

Mais, bien souvent aussi, la pulpe mortifiée s'infecte et peut amener tous les accidents consécutifs à la carie perforante infectée. Par quel mécanisme cette infection se produit-elle ? Là encore, nous sommes réduits à des hypothèses.

Fort probablement, les microorganismes pénètrent dans les couches superficielles de la dentine, dans la zone granuleuse ou aréolaire, après avoir passé par les fissures que l'on rencontre toujours dans l'émail des dents humaines. Arrivés là, ils pénètrent dans les canalicules de Tomes, vides des fibrilles mortifiées, puis, par ces ruelles plus ou moins étroites, ils arrivent jusque dans la chambre pulpaire, où ils trouvent l'organe mortifié, proie toute prête, dans laquelle ils s'installent.

Les nécroses pulpaires d'apparence spontanée n'occasionnent, en dehors des complications, aucun signe fonctionnel ; les signes physiques sont au contraire importants : changement de teinte — perte de transparence surtout au niveau de la chambre pulpaire — insensibilité dentinaire.

D'une façon générale, la nécrose spontanée peut donner lieu aux mêmes complications que la carie du quatrième degré. Bien des fistules buccales ou péribuccales, bien des sinusites maxillaires ne reconnaissent point d'autre origine qu'une nécrose pulpaire insoupçonnée.

La trépanation, suivie de la désinfection du canal radiculaire et l'obturation de la perforation après le traitement amènent en quelques jours la guérison d'une fistule rebelle jusqu'alors à tous les traitements et dont l'origine était l'objet d'une erreur à peu près inévitable pour le médecin non prévenu.

(E. Sauvez, *La Clinique,* 6 mars 1908.)

Deux cas d'intoxication au cours de l'anesthésie par la cocaïne.

Au Congrès des médecins de Krefeld, M. Neuenborn a rapporté deux observations personnelles d'intoxication grave par la cocaïne. La première est celle d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont la muqueuse nasale, en vue d'une opération sur le cornet moyen, fut badigeonnée avec une solution de cocaïne à 7 et demi p. 100. La malade, ayant absorbé environ 0 gr. 0225 de cocaïne, tomba subitement par terre en perdant connaissance et fut prise d'une violente attaque épileptiforme avec respiration stertoreuse, sans troubles cardiaques. La figure était cyanosée, la pupille dilatée. L'attaque terminée, le sujet se plaignit encore quelque temps de céphalée et de pesanteur des membres.

Le second cas, plus sérieux, concerne un jeune sculpteur, traité pour une ostéite du maxillaire supérieur. Au cours d'une légère intervention, après badigeonnage de la muqueuse avec 0 gr. 015 de cocaïne, le malade tomba sur le sol *comme frappé de la foudre.* Sa respiration était complètement arrêtée, les pupilles dilatées, la figure cyanosée, l'écume aux lèvres et le corps en rigidité tétanique. Le cœur et le pouls seuls restèrent normaux, avec 72 pulsations à la minute.

Le patient ne revint à lui qu'à la suite de longs efforts de respiration artificielle et conserva encore quelque temps des névralgies lombaires et ischiatiques.

Neuenborn conclut de ces deux observations que c'est le centre respiratoire, bien plus que l'appareil vasculaire, qui est menacé par l'anesthésie cocaïnique.

(*Les Nouveaux remèdes.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 31 mars 1908.

La Société Odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle le 31 mars 1908, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

M. Amoëdo, président sortant, retrace les travaux de la Société pendant l'année 1907, fait l'éloge du nouveau bureau et promet comme par le passé tout son dévouement à la Société.

M. Lebedinsky, président, prononce un discours très applaudi.

Sur la proposition de M. Lebedinsky la Société venant de perdre un de ses anciens présidents, M. Hivert, sous-directeur de l'Ecole Odontotechnique, justement estimé et aimé, la séance est levée en signe de deuil.

Elle est reprise à 9 h. 1/2.

M. Berger, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, présente au nom de M. Richard Liebreich une monographie sur l' « Asymétrie de la figure ». Cette présentation a un vif intérêt pour les dentistes ; la mâchoire supérieure subissant, à travers l'utérus, la pression des os du bassin comme toute la figure il en résulte un dérangement dans l'insertion des dents. M. Lebedinsky après avoir remercié M. Berger de l'attention qu'il apporte à la S. O. F. donne la parole à M. Fourquet pour la lecture du procès-verbal qui est adopté.

Il est donné connaissance de lettres de remerciements de MM. Broomell, Cunningham, Guillerman, Platschick, Redard, Walkhoff et Mahu qui viennent d'être nommés membres honoraires de la Société ; et de MM. Chiavaro, Losada, Subirana, Scheaffer-Stucker, secrétaire du Congrès de Berlin, Rosenthal de Bruxelles, nouveaux membres correspondants.

M. Amoëdo communique une lettre de M. Williams remerciant la S. O. F. d'avoir appuyé ses efforts pour obtenir un système plus scientifique de dents artificielles.

M. Siffre fait une très intéressante communication sur les *Principes généraux de thérapeutique corrective des irrégularités dentaires*. Etant donné l'importance de la question, la discussion est remise à une séance suivante, afin de laisser aux membres le temps de l'étudier à tête reposée.

M. Barden parle de l'*importance de la cure dentaire dans le traitement du lupus de la face*. Sa communication prouve une fois de plus la multiplicité des lésions d'origine dentaire.

M. Lebedinsky se félicite du triomphe de l'école de Jacquet dont M. Barden est ici le représentant.

M. Décolland apporte un nouveau perfectionnement à son masque d'anesthésie [1], il présente un nouvel écarteur très pratique.

La S. O. F. procède ensuite à l'élection de diverses commissions, notamment d'une Commission chargée de l'attribution du prix de la Société Odontologique de France.

La question mise au concours est Pathogénie des complications de la carie pénétrante de l'incisive latérale supérieure.

La séance est levée à minuit.

DUBOIS.

---

1. V. *Odontologie*, 15 mars 1908, p. 210.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1908.

N'ayant pu, en temps voulu, être mis en possession du procès-verbal sténographique de la séance du 7 avril, nous publions, en attendant le compte rendu complet, un compte rendu succinct de cette séance.

La séance est ouverte à 9 heures, par *M. Touchard*, président. Un rapport élaboré par une commission spéciale et tendant à la modification du règlement intérieur, est lu et adopté.

M. Mendel-Joseph donne connaissance d'un mémoire sur *l'ionisation en thérapeutique dentaire*. Il montre les différences qui existent entre la cataphorèse et l'ionisation, et indique quels services cette méthode est appelée à rendre au double point de vue de l'antisepsie et de l'anesthésie.

M. L. Camus fait une communication dans laquelle il discute la question de l'emploi, en anesthésie générale, du chlorure d'éthyle mélangé ou non à l'oxygène; il conclut à l'administration de cet anesthésique dans un espace limité; il semble rejeter les appareils qui donnent des mélanges titrés d'air et de chlorure, dont la dose soit anesthésique, soit dangereuse, soit mortelle, serait fonction de la ventilation pulmonaire.

M. Amoëdo lit un travail sur *l'anatomie et la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire, des muscles masticateurs et des arcades dentaires au point de vue de la prothèse dentaire*. Il étudie l'articulation interdentaire normale et il tire de son étude un certain nombre de conclusions intéressantes. Il montre à nouveau, notamment, qu'à l'état d'occlusion, chaque dent articule avec deux dents de la mâchoire opposée, excepté les dents de sagesse supérieures, et les incisives centrales inférieures, et il insiste également sur le fait que le plan d'occlusion des douze dents antérieures n'est pas le même que le plan d'occlusion des dernières molaires.

Etant donné l'heure avancée, et l'importance de la question, il est décidé que la discussion de cette communication figurera en tête de l'ordre du jour de la séance de mai.

La séance est levée à minuit.

H. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

ODONTOLOGISTES ET STOMATOLOGISTES
LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES ET DENTAIRES

Les vœux de la commission officielle : Maintien du diplôme de Chirurgien dentiste. Projet de création d'écoles dentaires dans les seize Universités de l'État. Ajournement du « régime de demain ». Projet du Groupement. Le rameau d'olivier.

La Commission de réforme des études médicales instituée au Ministère de l'Instruction publique par arrêtés des 4 et 5 mars 1907, et chargée de rechercher quelles modifications il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales, a terminé ses travaux le 21 mars 1908.

Réunie une première fois le 15 mars 1907 sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, elle avait constitué une sous-commission avec mandat d'élaborer un projet et de lui faire un rapport. Cette sous-commission désigna comme rapporteur M. le Dr Pierre Teissier, agrégé près de la Faculté de médecine de l'Université de Paris. La Commission plénière discuta le rapport de M. Teissier[1] dans ses deux sessions de décembre 1907 et de mars 1908. Durant ces deux sessions, elle formula plusieurs avis et vœux, qui se trouvent reproduits dans le Journal officiel, *du 13 avril.*

Il résulte de cette série d'avis et de vœux que la Commission s'est surtout préoccupée de compléter et de

---

1. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de ce rapport dans un article précédent consacré à l'Enseignement de la Stomatologie dans les Facultés de médecine (voir *L'Odontologie*, du 15 février 1908, page 129).

perfectionner l'enseignement professionnel de nos futurs médecins :

1° En augmentant la durée des études, qui a été portée à cinq ans, au lieu de quatre, ce qui avec le P. C. N., qui est maintenu, l'étend à six ans au minimum ;

2° En complétant les enseignements théoriques qui ont été remaniés, par une série de démonstrations et de travaux pratiques mieux coordonnées, par un enseignement clinique plus gradué et des stages réellement obligatoires.

Dans ces nouvelles mesures, nous voyons recommander, au cours des travaux pratiques d'anatomie, des démonstrations élémentaires de dessin appliqué à la médecine qui existent déjà depuis plusieurs années dans le programme de l'Ecole dentaire de Paris.

Il en est de même de quelques autres innovations : notions de législation et de déontologie, examen de fin d'année, livret scolaire de l'étudiant.

De l'art dentaire, il n'est que peu ou pas question.

La Commission a ajouté aux matières d'enseignement de l'étudiant en médecine de cinquième année la stomatologie, c'est-à-dire quelques notions de stomatologie *et de* chirurgie dentaire d'urgence *suivant le vœu exprimé dans le rapport de M. le P*[r] *Bouchard, vœu sur lequel nous nous sommes déjà expliqué. Enfin, à la fin de ses travaux, dans une dernière séance et sans que la question ait été régulièrement inscrite à l'ordre du jour, elle a abordé la question du chirurgien-dentiste, et, malgré les efforts des partisans du doctorat en médecine, elle a conclu au maintien du diplôme de chirurgien-dentiste. Elle ne s'est occupée que d'étendre l'enseignement des dentistes à toutes les Facultés de médecine dans le vœu suivant que je cite textuellement.*

« Chirurgiens-Dentistes,

» La Commission émet le vœu qu'un enseignement complet, théorique et pratique de l'art dentaire, soit

créé obligatoirement dans les Facultés de médecine. »

Nous aurons l'occasion de revenir sur les conséquences qui peuvent résulter, au point de vue de l'évolution de notre art, du travail de la Commission de réforme des études médicales et particulièrement de ce dernier vœu.

Bornons-nous aujourd'hui, en les enregistrant, à quelques constatations principales.

Les Stomatologistes qui, il y a peu de temps, chantaient victoire et offraient aux Odontologistes de traiter des conditions de la capitulation, semblent plutôt subir un grave échec.

Comment, une commission officielle, composée en grande majorité de médecins, refuse d'émettre un vœu en faveur de l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes et reconnaît la nécessité du maintien du diplôme de chirurgien-dentiste !

Il apparaît bien que la stomatologie a plutôt perdu du terrain depuis le temps où le vice-recteur Gréard en 1879 se prononçait pour l'officiat de santé obligatoire pour les dentistes et où l'inspecteur général des études médicales, le professeur Gavaret, en 1884 entraînait le Conseil supérieur à se prononcer pour le doctorat en médecine.

Le projet de création d'un enseignement de l'art dentaire dans les seize Facultés de médecine pourrait être une fiche de consolation pour les stomatologistes qui espéreraient y récolter des situations officielles, mais il y a loin de la coupe aux lèvres ; pour cette réalisation, il faut des crédits, le Parlement devra être consulté et il n'est guère probable qu'en présence des sommes importantes qui lui seront réclamées pour la réalisation du nouveau programme de réforme des études médicales, il soit disposé à modifier l'opinion qu'il a déjà exprimée en 1894 par l'organe de l'honorable M. Bastid[1] *au sujet de l'enseignement dentaire.*

---

1. Voir vœu Bastid. — Rapport au recteur, *Odontologie*, 30 novembre 1904, page 613.

Du reste les membres du Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France ont, eux aussi, formulé le 28 mars dernier leurs vœux pour la réforme des études dentaires [1] *en un projet de réforme qui vient d'être publié ; ils ont été d'avis que les cinq centres d'études suffisaient actuellement aux besoins du public et de l'art dentaire ; ils s'emploieront, j'en suis sûr, à faire partager cette opinion par nos législateurs, d'accord avec tous les chirurgiens-dentistes et médecins-dentistes sans distinction de groupes ou de Sociétés.*

De sorte que le prétendu « régime de demain » risque bien de ne plus être même le régime... d'après-demain, et les 50 diplômes de docteur en médecine que l'on offrait comme la rançon des odontologistes repentis vont rester pour compte au médiateur improvisé.

Toutefois ces résultats négatifs montrent que les divisions qui règnent parmi les dentistes, s'ils ne leur permettent pas d'obtenir les améliorations qu'ils désirent, ne les empêchent pas de faire ajourner les mesures qu'ils redoutent. Il est vrai qu'il en est de même de leurs adversaires !

Il y aurait peut-être un moyen pour ceux qui sincèrement, je veux le croire, ont agité le rameau d'olivier de ne pas avoir fait un beau geste inutilement, ce serait de venir avec nous appuyer près des pouvoirs publics le projet Roy-Villain que viennent d'adopter le Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France et la F. D. N., et auquel la plupart des dentistes et des sociétés professionnelles semblent disposés à adhérer.

Il reproduit en partie les réformes indiquées dans le projet du Pr Lannelongue, en ce qui concerne l'utilisation des écoles libres et les modifications à apporter aux études et aux examens dentaires; nous ne

1. Voir projet Roy-Villain, *Odontologie*, 15 avril 1908, page 319.

pensons pas que l'amour-propre des anciens élèves du Prof. Lannelongue puisse souffrir de s'y rallier.

De plus, au point de vue du doctorat en médecine pour les dentistes, ce projet contient la meilleure solution de la question et donne satisfaction à tous ceux qui veulent ajouter à leur titre de chirurgien-dentiste celui de docteur en médecine. Suivant le vœu n° 3 [1]*, il est demandé que les douze inscriptions de chirurgien-dentiste soient* considérées comme équivalentes d'un certain nombre d'inscriptions en médecine. *Si tous les dentistes, odontologistes et stomatologistes pouvaient s'unir sur ce projet, ce serait au moins une trêve... peut-être la paix souhaitée pour le progrès scientifique et social de la profession.*

L'évolution se ferait toute seule. Dans quelle voie ?...

Nous attendrons patiemment que l'avenir nous le dise.

Dr Ch. Godon.

---

1. Voir rapport Roy-Villain, *Odontologie*, 15 avril 1908, page 319.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

(ASSOCIATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS DENTAIRES)

Siège social : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Séance du 11 *avril* 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Présents : MM. Francis Jean, Godon, J. d'Argent, Barden, G. Villain, Roy, Blatter.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbaux ;
2° Correspondance ;
3° Lettre de M. Walkhoff, président du Congrès dentaire international de Berlin (Nomination du Comité national pour ce Congrès) ;
4° Communication du projet de réformes des études dentaires (rapport Roy-Villain) ;
5° Souscription du prix Miller ;
6° Rapport du trésorier ;
7° Propositions diverses ;
8° Nomination des membres du Bureau de la F. D. N. pour l'exercice 1908-1909.

Le secrétaire général donne lecture des procès-verbaux des séances du Bureau :

1° Du 3 août 1907 à Reims ;
2° Du 27 mars 1908 à Paris.

Ces procès-verbaux sont mis aux voix et adoptés.

Il communique les lettres d'excuses de M. Delair, trésorier, de M. Pont (Ecole dentaire de Lyon), de M. Rouvier, président de la Société d'Odontologie de Lyon, de M. Brodhurst, président de la Société du Centre; il donne lecture d'une lettre de M. Amoëdo informant la F. D. N. que la Société Odontologique de France adhère à ce groupement et qu'il a été nommé délégué ainsi que M. Barden.

Il communique une lettre de M. Sauvez qui approuve et félicite la F. D. N. de son programme. Il appuie la création d'un comité français de propagande pour le cinquième Congrès dentaire international de Berlin en 1909, et enfin il s'inscrit à la souscription Miller pour la somme de 500 francs.

Le président informe l'assemblée que le Bureau de la F. D. N., dans sa réunion tenue à Reims au mois d'août dernier, a décidé de transférer son siège à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Elle a voulu ainsi bien marquer son autonomie et son désir, en choisissant un local neutre, de permettre aux différents groupements qui y adhèrent ou sont susceptibles d'y adhérer, de prendre part en toute liberté à ses travaux.

Ainsi, rien n'empêchera désormais les sociétés, groupements et syndicats professionnels français de venir à la F. D. N.

Plus que jamais la F. D. N. écarte de son programme tout ce qui a trait à la politique professionnelle. La défense des intérêts généraux de la profession, le développement scientifique de l'art dentaire, l'entente avec les autres pays par l'intermédiaire de la F. D. I. pour accroître le prestige des dentistes suffisent pour occuper utilement les séances de la F. D. N. et c'est pour ce travail qu'elle fait appel à la collaboration de tous les groupements. — *Adopté.*

Le président donne lecture d'une lettre de M. Walkhoff relative au cinquième Congrès dentaire international qui doit se tenir à Berlin en 1909. Dans cette lettre il fait un chaleureux appel aux confrères français afin qu'ils participent à ce Congrès et demande l'appui de la F. D. N.

Après une longue discussion à laquelle prennent part MM. Godon, Roy, Amoëdo, Francis Jean, Barden, M. d'Argent dépose sur le Bureau l'ordre du jour suivant :

« Un comité français de propagande de vingt-cinq membres sera » constitué par les soins de la F. D. N.

» Le bureau de la F. D. N. est la base de ce comité, auquel vingt » membres seront ajoutés parmi les membres proposés par les sociétés » qui adhèrent en principe au cinquième Congrès dentaire international » de Berlin en 1909. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le président informe l'assemblée qu'il a reçu du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France le projet de réformes des études dentaires et les conclusions adoptées dans les séances des 9 novembre 1907 et 28 mars 1908.

Il est donné lecture des conclusions du rapport Roy-Villain qui sont adoptées à l'unanimité et il est décidé que ce rapport ainsi que les conclusions seront adressés par les soins de la F. D. N. à toutes les sociétés dentaires françaises sans distinction.

Le président fait part de la souscription Miller placée sous le patronage de la F. D. I.

Cette souscription est faite pour honorer la mémoire de ce savant qui fut l'énergique défenseur des droits des dentistes : le professeur Miller. Les intérêts des sommes recueillies serviront à fonder un prix Miller destiné à récompenser périodiquement un travail qui aura contribué à l'avancement de l'art dentaire. C'est là une œuvre de reconnaissance et de solidarité.

Il est décidé que la souscription Miller est ouverte en France sous les auspices de la F. D. N. Les fonds seront versés à M. Bioux, trésorier provisoire du comité.

Le président donne lecture, en l'absence de M. Delair, du rapport du trésorier, qui est mis aux voix et adopté.

Il demande l'ouverture d'un crédit de 200 francs pour frais de location annuelle de la salle des séances de la F. D. N. (Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente). — *Adopté.*

Après une longue discussion entre les membres présents il est décidé qu'une lettre circulaire ayant trait :

1° Au Congrès de Berlin ;

2° A la souscription Miller ;

3° Aux réformes des études dentaires (rapport Roy-Villain) sera adressée à toutes les sociétés dentaires françaises sans distinction ; il leur sera accordé un mois pour discuter ces questions et adhérer ensuite à la F. D. N.

La prochaine réunion de la F. D. N. est fixée pour le courant de mai.

Dans cette réunion il sera procédé à la nomination des membres du Bureau pour l'exercice 1908-1909.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
BLATTER.

ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

On a distribué, il y a quelques jours, à la Chambre des députés, le rapport fait par M. Pozzi, député, au nom de la commission de l'enseignement chargée d'examiner la proposition de M. Cazeneuve tendant à déclarer d'utilité publique la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon.

La commission a conclu à l'approbation de cette proposition.

« L'École dentaire de Lyon, dit M. Pozzi dans son rapport, tout en restant un établissement d'enseignement supérieur libre, est devenue, par l'application de la loi de 1892, complétée par le décret du 3 décembre 1904, l'auxiliaire de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon. Des étudiants qui, autrefois, allaient à Genève étudier un enseignement qu'ils ne trouvaient par chez nous, sont restés ou revenus en France et fréquentent cette école. Plus de cinquante élèves sont actuellement en cours d'études. Ils sont originaires de seize départements et on en compte qui viennent de la Suisse, de l'Egypte et même de la Colombie. De 1902 à 1907, soixante élèves ont obtenu le titre de chirurgien-dentiste et ce chiffre n'indique pas le nombre des praticiens qui, grâce à l'Ecole dentaire de Lyon, ont appris leur art, en l'absence d'enseignement spécial donné à la Faculté; les étudiants en médecine à qui le titre de docteur permet à lui seul d'exercer la profession de dentiste, suivent les cours et travaux pratiques de cette école. En outre, combien de malades pauvres, d'enfants des écoles publiques, de petits employés, de modestes fonctionnaires ont reçu les soins les plus intelligents et ont bénéficié encore de l'octroi d'appareils de prothèse totale ou partielle, d'obturations diverses, etc. !

» Plus de huit mille malades profitent tous les ans du Dispensaire annexé à l'Ecole dentaire de Lyon. Cette œuvre, qui fait le plus grand honneur à l'esprit d'initiative des dentistes lyonnais, et qui vit de ses propres ressources, désire pouvoir, grâce à la reconnaissance d'utilité publique, accroître ses moyens d'action. La légitimité de la demande est incontestable. Les écoles dentaires sont en effet des établissements d'enseignement supérieur parfaitement définis, jouissant d'un statut spécial et possédant des prérogatives quasi-officielles.

» Le décret du 31 décembre 1894, rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique sur le rapport de M. le professeur Brouardel, et qui a pour titre : « Décret concernant les établisse- » ments libres d'enseignement supérieur dentaire », leur accorde, sous la réserve de remplir certaines conditions d'installation et d'organisation, le droit de délivrer les inscriptions exigées en vue

de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Or, l'Ecole dentaire de Lyon est dans ce cas. Elle a satisfait à toutes les obligations de la loi de 1893 et du décret de 1894. Elle reçoit régulièrement les inscriptions des élèves et leur donne l'enseignement théorique et pratique réglementaire. Pour ces raisons, tant de fait que de droit, la commission de l'enseignement est d'avis qu'il y a lieu d'accepter le texte de la proposition de loi tendant à reconnaître d'utilité publique la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon.

» Article unique. — L'Association formée en vue de l'enseignement supérieur dentaire de Lyon et l'établissement d'enseignement libre qu'elle a créé, désignés sous le titre : « Société de l'Ecole et du » Dispensaire dentaires de Lyon », sont reconnus d'utilité publique et comme tels investis de la personnalité civile. »

(*Lyon Universitaire* du 13 mars 1908.)

NÉCROLOGIE

Le professeur Cornil.

Le professeur Cornil est mort le 14 avril. Avec lui disparaît un des plus grands noms de l'anatomie pathologique et de la science du microscope. Né à Cusset (Allier), le 17 juin 1837, agrégé de la Faculté de Paris en 1869, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, il succédait, en 1882, dans la chaire d'anatomie pathologique, à Charcot, qui se consacrait définitivement à la clinique des maladies nerveuses. Très lié avec Gambetta, il fut député, puis sénateur de l'Allier pendant dix-huit ans. Aux dernières élections sénatoriales, il ne fut pas renommé.

On se rappelle qu'il fut rapporteur au Sénat de la loi du 30 novembre 1892 et le rôle considérable qu'il joua à cette occasion.

Il était membre de la Commission de réforme des études médicales nommée par le Ministère de l'Instruction publique.

MM. Godon et Touchard représentaient l'Ecole dentaire de Paris à ses obsèques.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Jules Foulon, de Chartres, avec Mlle Yvonne Dupré, célébré le 22 avril.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

F. D. I.

La prochaine session de la F. D. I. se tiendra les 7, 8 et 9 août 1908 à Bruxelles.

Le programme provisoire comprend une réunion préparatoire le 6; une assemblée générale d'ouverture et une première séance du Con-

seil exécutif le 7, à 9 heures du matin; le 7 à 2 heures et le 8 à 9 heures du matin séances de la Commission d'enseignement, de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, de la Commission de la presse, de la Commission d'histoire de l'art dentaire, de la Commission de jurisprudence dentaire et de déontologie, de la Commission de terminologie, de la Commission consultative internationale d'enseignement et du Comité de la fondation Miller. Le 8 après-midi deuxième séance du Conseil exécutif et le soir banquet. Le 9 excursion aux environs de Bruxelles.

Le 3 mai le vice-président de la F. D. I. faisant fonctions de président, M. Sauvez, ira faire à nos confrères de Belgique une conférence sur le rôle de la F. D. I.

Association générale des étudiants.

La section dentaire de l'Association générale des étudiants a nommé

Membres au comité : M. Plénot.
M. Charles Gaudron, secrétaire du comité.

Bureau de la section : *Président*, M. Walch.
Vice-présidents, MM. Christiani, Rousseau.
Secrétaire, M. Norroy.
Bibliothécaire, M. Decker.

Membre de la Commission d'ordre intérieur, M. Brière-Decker.

Membre de la Commission de vérification des comptes, M. Arnaud.

28e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE, LES MUSCLES MASTICATEURS ET LES ARCADES DENTAIRES AU POINT DE VUE DE LA PROTHÈSE DENTAIRE

Par O. AMOEDO.

Encouragé par le bon accueil qu'ont reçu mes différents travaux sur l'articulation des dents, je vais avoir l'honneur de traiter cette question devant vous ce soir.

Je m'empresse de vous dire que je viens principalement faire œuvre de vulgarisation, en rendant hommage à tous ceux qui ont traité antérieurement ce sujet, et je profite aussi de l'occasion pour vous dire que cette étude m'a donné et me donne encore beaucoup de mal, car tous les auteurs, anciens et modernes, ont écrit presque exclusivement en anglais ou en allemand, et l'imbroglio qui existe entre les anatomistes au sujet des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire et des arcades dentaires, est très difficile à déchiffrer.

Bien des confrères avec lesquels j'ai eu l'occasion de parler, m'ont dit n'avoir jamais pu comprendre les travaux des Bonwill, Walker, Christensen, Spencer, etc ; c'est qu'en effet, la plupart des traductions en Français sont, non seulement erronées, mais disent parfois le contraire de ce qui a été dit par l'auteur.

Donc, mon rôle sera de synthétiser le plus possible ces

travaux, car ils sont déjà nombreux, en tâchant de le faire clairement.

Ces planches murales et les projections me faciliteront grandement cette tâche.

La Société d'Odontologie, plus que toute autre en France, saura comprendre la valeur du sujet à étudier, et donnera lieu à une discussion pleine d'intérêt, car elle possède dans son sein des confrères comme Godon et Choquet, qui ont fait sur ce sujet des travaux originaux intéressants, et elle possède aussi toute cette nouvelle génération d'élèves du Dr Gritman, de Philadelphie, qui sont déjà initiés à ces travaux.

Ceci dit, j'entre en matière.

*
* *

Depuis les travaux de Bonwill sur l'articulation temporo-maxillaire, dont les premiers remontent à 1858, cette question dormait dans l'oubli et semblait n'intéresser ni les médecins, ni les dentistes. Ce n'est qu'en 1889 que le Dr Luce, de Boston, par ses tracés photographiques de l'articulation temporo-maxillaire, jeta une nouvelle lumière sur la question. Ces remarquables études coïncidèrent avec la fin du brevet de 30 ans pris par Bonwill pour son articulateur anatomique ; premier articulateur doué des mouvements de latéralité et de propulsion.

A partir de ce moment, les études sur cette articulation et les inventions des articulateurs anatomiques se sont multipliées dans tous les pays, à un tel point, qu'aujourd'hui le praticien qui a à cœur d'être à la hauteur des prosthodontistes et des orthodontistes modernes, et de rendre le maximum de services possibles, à ses malades, se trouve dans la nécessité d'étudier à fond, la dite articulation et ses rapports avec les arcades dentaires.

C'est cette étude que je me propose d'esquisser devant vous ce soir, et cela aura au moins le charme de vous reporter aux jeunes années de vos études anatomiques.

ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE.

L'articulation temporo-maxillaire de l'homme, omnivore, est une articulation complexe qui met en présence, par

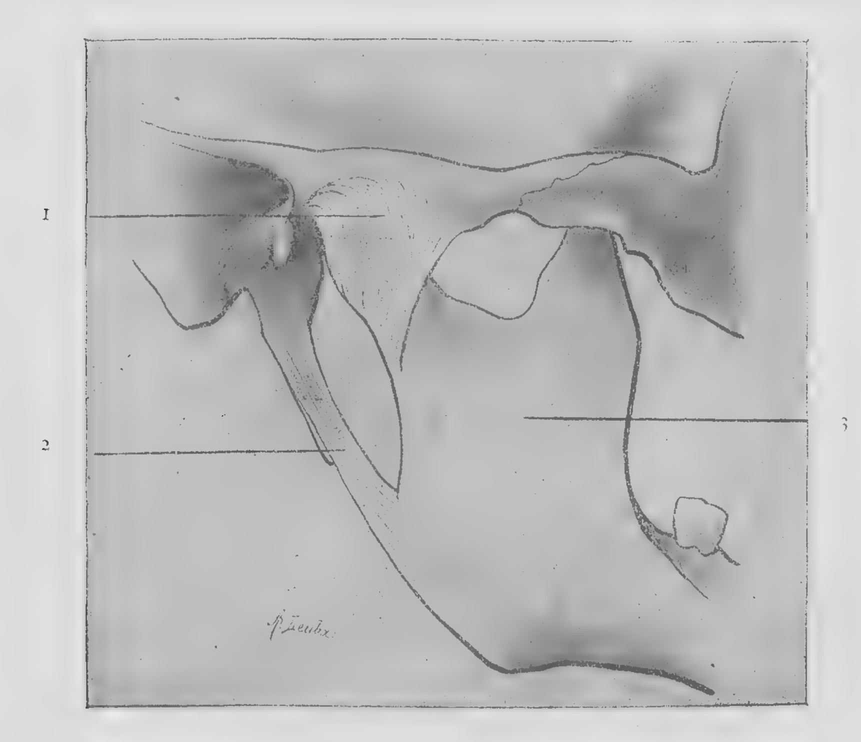


FIG. 1.
Articulation temporo-maxillaire droite, côté externe.
1. Ligament latéral externe. — 2. Ligament stylo-maxillaire. — 3. Branche de la mâchoire.
(D'après POIRIER.)

l'intermédiaire de fibro-cartilages, les condyles du maxillaire inférieur et ceux du temporal.

Les surfaces articulaires sont du côté du temporal, la *cavité glénoïde* et la racine transverse de l'apophyse zygomatique (*condyle temporal*). Du côté de la mâchoire, le *condyle maxillaire*.

La *cavité glénoïde* est semi-ellipsoïde et assez profonde. Son grand axe n'est pas exactement transversal, mais légèrement oblique en dedans et en arrière.

La cavité glénoïde se continue par devant avec le condyle du temporal, et se termine en dedans à l'épine du sphénoïde.

En dehors, elle est limitée par le bord inférieur de la racine postérieure de l'apophyse zygomatique, et postérieu-

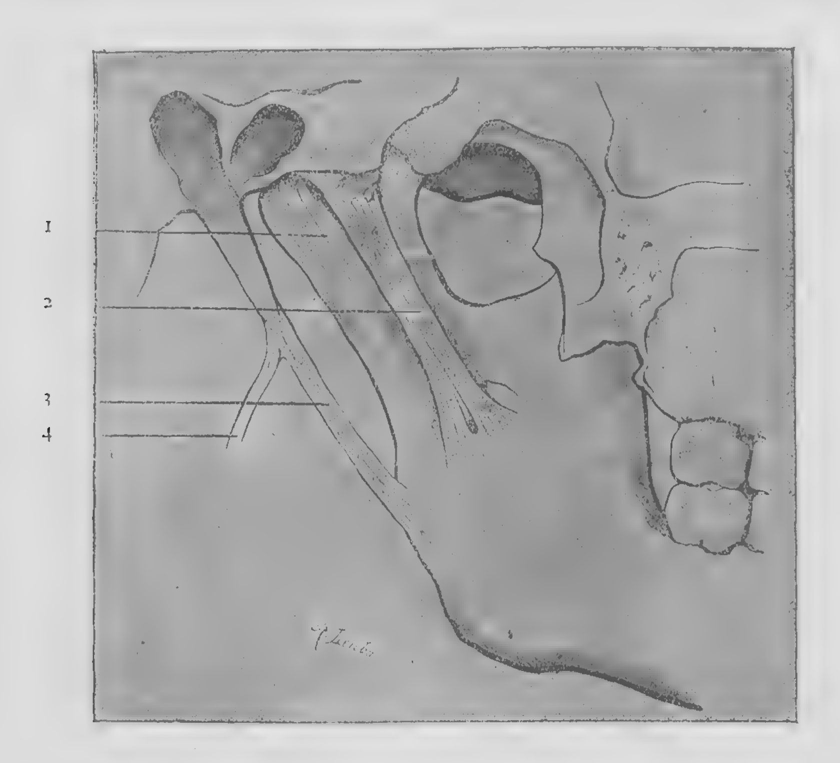


Fig. II.
Articulation temporo-maxillaire gauche, côté interne.
1. Ligament latéral interne. — 2. Ligament sphéno-maxillaire. — 3. Ligament stylo-maxillaire. — 4. Ligament stylo-hyoïdien.
(D'après Morris.)

rement, par le tubercule préauriculaire, accolé à l'os tympanal, qui consolide et protège la paroi antérieure du conduit auditif externe dans la rétropulsion du maxillaire inférieur. C'est un obstacle contre lequel se heurte le condyle du maxillaire.

Le *condyle temporal*, racine, transverse de l'apophyse zygomatique, forme une éminence transversale, convexe d'avant en arrière et légèrement concave de dehors en dedans.

Son grand axe est parallèle à celui de la cavité glénoïde dont il forme la paroi antérieure. Le condyle temporal, *seul*, est pourvu d'un mince revêtement fibro-cartilagineux ; le fond de la cavité glénoïde n'est recouvert que par un périoste très mince.

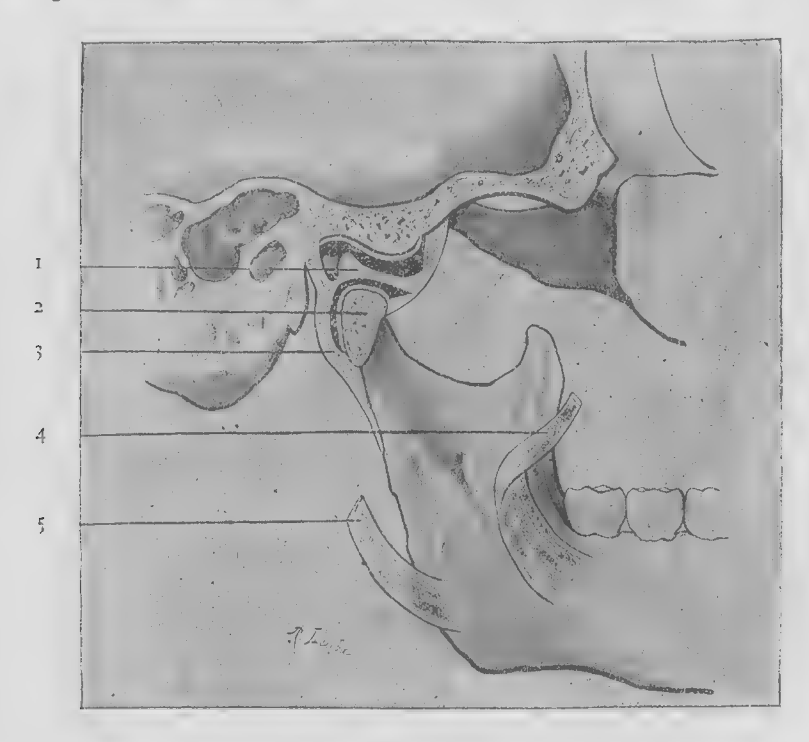


Fig. III.
Coupe antéro-postérieur de l'articulation gauche.
1. Ménisque. — 2. Condye maxillaire. — 3. Fibres ménisco-maxillaires.
4. Ligament sphéno-maxillaire. — 5. Ligament stylo-maxillaire.
(D'après Morris.)

Le *condyle maxillaire* est une éminence ellipsoïde supportée par une partie rétrécie au col, et située à l'extrémité supérieure du bord postérieur de la branche montante de la mâchoire inférieure. Il est convexe dans tous les sens et son grand axe est parallèle à ceux de la cavité glénoïde et du condyle temporal. Si l'on prolongeait le grand axe de chaque condyle maxillaire ils se rencontreraient vers le tiers antérieur du trou occipital ; mais dans aucun cas ces

grands axes ne se rencontrent transversalement. Son petit axe prolongé en avant se rencontrerait avec celui du côté opposé, au niveau des incisives.

La partie intra-articulaire du condyle, conformée en dos d'âne, présente un versant antérieur, convexe, et un versant postérieur, aplati, qui descend obliquement pour se

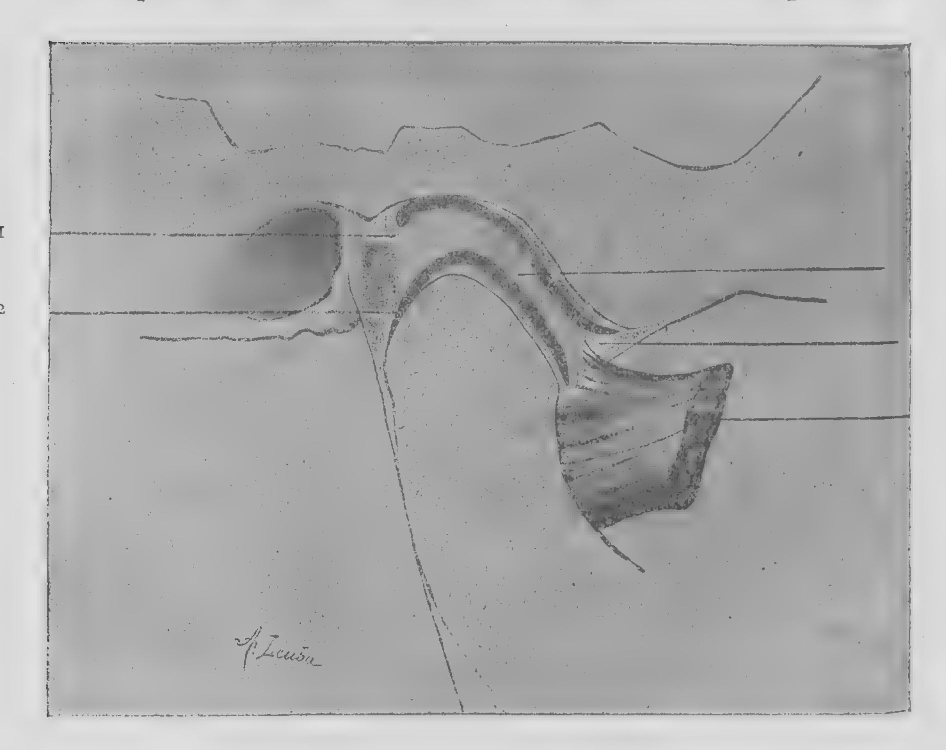


Fig. IV.

Coupe antéro-postérieur de l'articulation temporo-maxillaire ; les arcades dentaires sont en occlusion.

1. Frein méniscal postérieur. — 2. Fibres ménisco-maxillaires. — 3. Ménisque. — 4. Fibres temporo-méniscal antérieur (frein antérieur). — 5. Muscle ptérygoïdien externe. (D'après Poirier.)

continuer avec le bord postérieur de l'os. Les deux versants sont intra-articulaires, mais le versant antérieur et la crête qui le surmonte sont *seuls revêtus d'un fibro-cartilage*, et doivent être seuls considérés comme articulaires.

Entre les condyles maxillaires, la cavité glénoïde et le condyle temporal, il existe un *ménisque* fibro-cartilagineux

interarticulaire, qui a la forme d'une *lentille biconcave.*

Il est plus mince au centre qu'à la périphérie, et bien plus épais en arrière (3 ou 4 millimètres) qu'en avant (tout au plus, 2 millimètres).

Les moyens d'union de cette articulation sont constitués par une capsule fibreuse renforcée par des ligaments.

Le *ligament latéral externe* s'insère par son extrémité supérieure au tubercule zygomatique, d'où ses fibres se

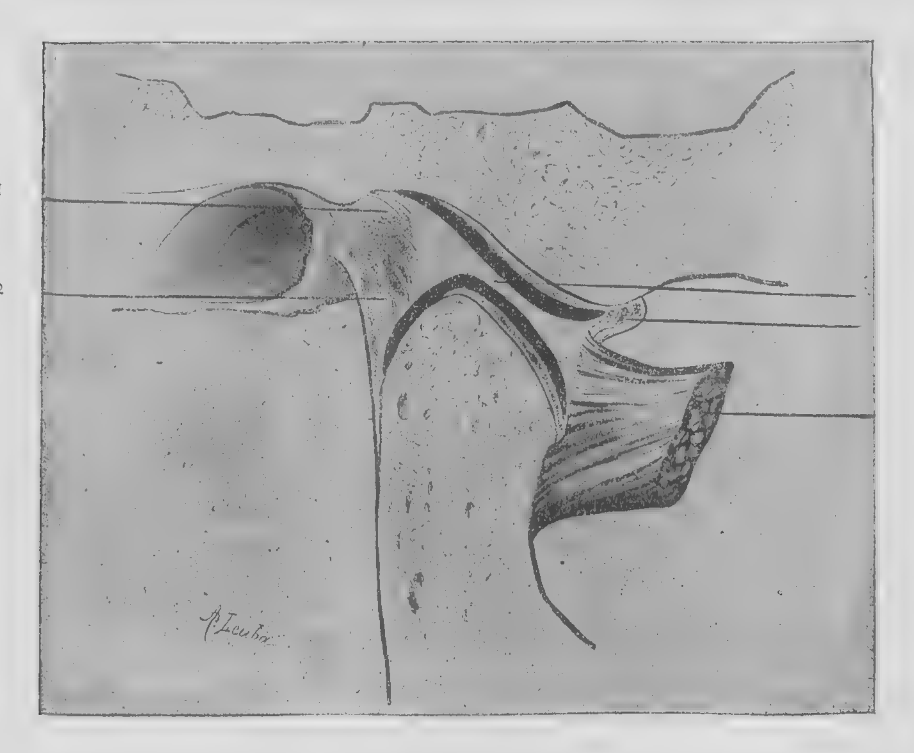


Fig. V.

Coupe antéro-postérieur. Articulation temporo-maxillaire. Les arcades dentaires écartées l'une de l'autre.

1. Frein méniscal postérieur. — 2. Fibres ménisco-maxillaires. — 3. Ménisque. — 4. Fibres temporo-méniscal antérieur (frein antérieur). — 5. Muscle ptérygoïdien externe. (D'après Poirier.)

dirigent en bas et en arrière, s'insérant à leur tour à la partie externe du col du condyle, un peu sur la face postérieure de ce col.

Dans sa partie moyenne, ce ligament latéral externe a

une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Il est donc très résistant et constitue le principal moyen d'union de l'articulation temporo-maxillaire.

Quand il est au repos (occlusion des arcades dentaires) il permet des mouvements étendus de déplacement du condyle. Par la tension de ses fibres il limite la propulsion ; mais limite surtout la rétropulsion par la tension de ses fibres antérieures qui sont obliques de haut en bas et de devant en arrière, s'opposant ainsi à la pénétration du condyle dans la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Il y a, en outre, le *ligament latéral interne*, le *ligament sphéno-maxillaire*, le *ligament stylo-maxillaire* et le *ligament ptérygo-maxillaire*.

Les synoviales sont au nombre de deux, la ménisco-temporale supérieure et une autre inférieure, la *ménisco-maxillaire*.

MOUVEMENTS DE LA MACHOIRE.

La mâchoire inférieure peut faire des mouvements de *propulsion*, c'est-à-dire d'arrière en avant, des mouvements de *rétropulsion*, d'avant en arrière, des mouvements de *dépression* de haut en bas ; des mouvements d'ascension, de bas en haut ; des mouvements de *latéralité*, de droite à gauche et de gauche à droite.

Dans les mouvements de peu d'étendue, la mâchoire se meut autour d'un axe fictif qui passerait par les condyles maxillaires. Autrefois on croyait que c'était le seul mouvement de la mâchoire, et lorsque Gariot[1] inventa le premier articulateur pour dentiers en 1805 il croyait que la mâchoire n'avait d'autre mouvement que celui des charnières de portes.

Malheureusement en France, on peut dire qu'il y a encore 99 p. 0/0 de dentistes qui ont encore cette idée, car ils n'emploient d'autre articulateur que celui inventé par Gariot il y a plus d'un siècle.

---

1. *Guerini:* The Historical Development of Dental Art. The Dental Cosmos, vol. XLIII, p. 8.

Les travaux de Henle[1], de Meyer[2], de Langer[3], de Luce[4], mais surtout ceux de Spee, ont démontré l'existence des mouvements combinés de propulsion, d'abaissement et sagittaux, de la mâchoire.

Ces mouvements résultent du mouvement d'abaissement

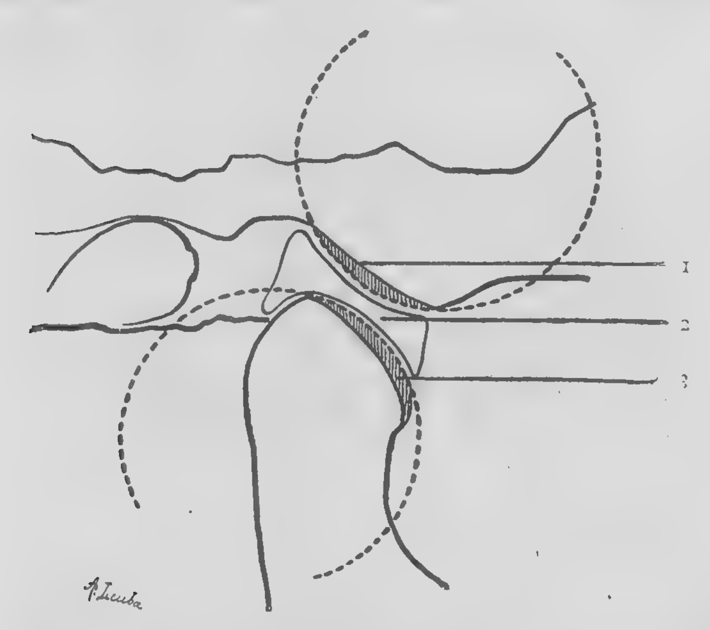


Fig. VI.
Schéma des deux articulations ménisco-condyliennes de l'articulation temporo-maxillaire.
1. Condyle temporal. — 2. Ménisque. — 3. Condyle maxillaire.
(D'après Poirier.)

et de propulsion qui se passe dans l'articulation ménisco-temporale, et du mouvement d'ouverture et de fermeture qui se passe dans l'articulation ménisco-maxillaire.

C'est le mouvement qui a lieu dans les deux articulations temporo-maxillaires, lorsqu'on ouvre largement la bouche et lorsqu'on commence à mastiquer une bouchée de viande par exemple. A ce moment la mâchoire se meut autour

1. Handbuch der system. Anatomie Bänderlehre, page 58.
2. Physiolog. Anatomie Bd. 1, p. 90.
3. Das kiefergelenk des Meuschen.Püufter Beitrag zur Anatomie und Méchanik der Gelenke. Akademie der Wissenschaften. Wien, 1860.
4. The Movement of the lower jaw. Boston Medical and Surgical, July 4, 1889.

d'un axe qui passerait au niveau du trou dentaire. Cet axe a été très bien étudié dans ces dernières années par Tomes et Dolamore[1] de Londres, par Kerr, Constant[2], etc.

Dans les mouvements de latéralité, un condyle pivote sur

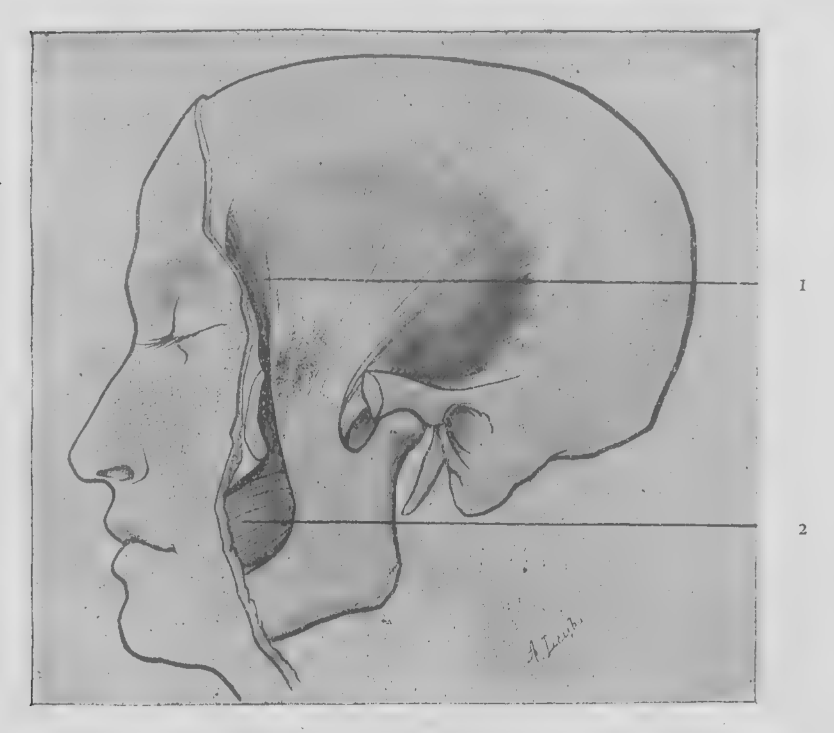


FIG. VII.
Section de l'arc zygomatique.
1. Muscle temporal. — 2. Muscle buccinateur.
(D'après MORRIS.)

place, autour d'un axe vertical passant par son col, tandis que l'autre condyle coiffé de son ménisque fait des mouvements d'abaissement, de propulsion et de rétropulsion, et la mâchoire s'incline sagittalement vers le côté où le condyle pivote sur place.

La combinaison de ces divers mouvements de latéralité,

1. A Criticisme of the recent Paper by Messrs. Journal of the British Dental Association, June, 1900.
2. Anatomy of the Human Teeth, 1905.

produit un mouvement de circumduction, qui est celui que nous employons pour le broyement et la trituration des aliments.

Muscles moteurs.

Élévateurs. — Le temporal, le masséter et le ptérygoïdien interne ; ces trois muscles sont très puissants.

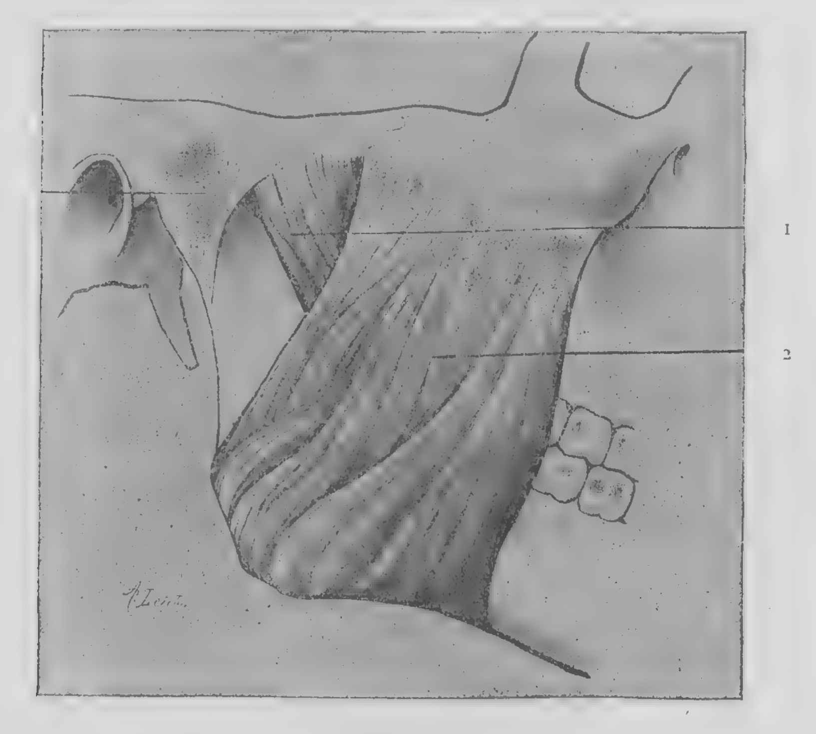


Fig. VIII.
1. Muscle masséter. — 2. Son faisceau interne. — 3. Ligament latéral externe. (D'après Poirier.)

Abaisseurs. — Le digastrique (ventre antérieur), le génio-hyoïdien, les faisceaux inférieurs du génio-glosse, le mylo-hyoïdien, qui agit lorsque l'os hyoïde est fixé, et enfin le peaucier. Les muscles abaisseurs sont bien moins puissants que les élévateurs.

Propulseurs. — Le ptérygoïdien externe est le principal de ces muscles. Le ptérygoïdien interne et le masséter

peuvent aussi porter la mâchoire en avant, une fois le condyle abaissé.

Rétracteurs. — Les fibres postérieures (horizontales) du temporal.

Dans les mouvements de *latéralité*, c'est principalement le muscle ptérigoïdien interne qui intervient, et accessoirement le masséter.

*
* *

Articulation des arcades dentaires.

Les dents sont disposées l'une après l'autre, chacune

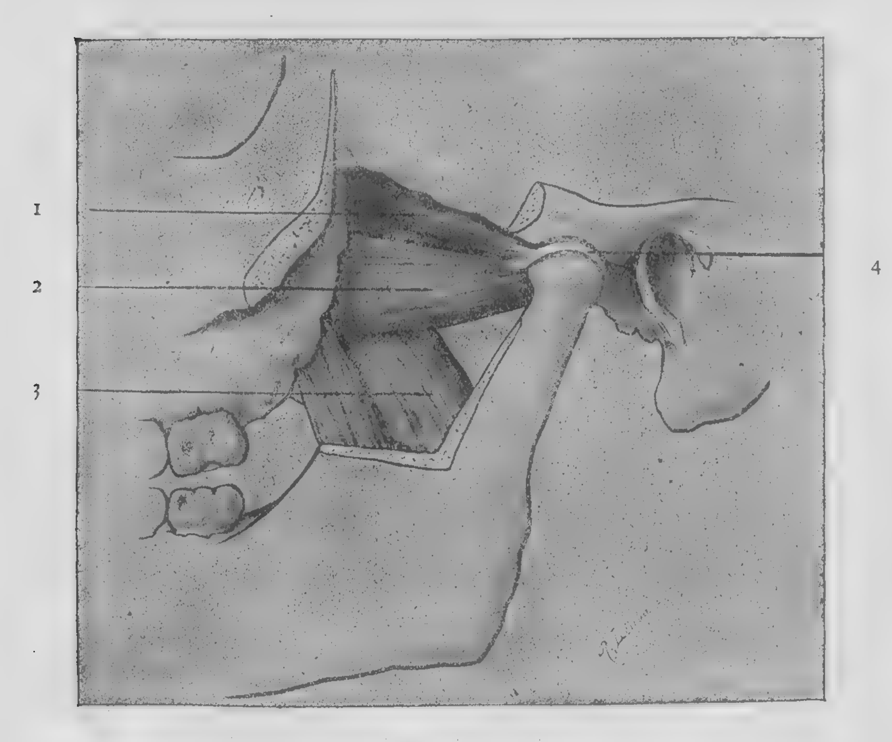


Fig. IX.
Section de l'apophise coronoïde gauche.
1, 2. Muscle ptérygoïdien externe, Faisceaux supérieur et inférieur. — 3. Muscle ptérygoïdien interne. — 4. Ménisque.
(D'après Morris.)

d'elles occupant une place déterminée suivant le groupe et suivant le rang dans chaque groupe. Elles décrivent ainsi une double arcade parabolique à concavité postérieure.

L'arcade supérieure est beaucoup plus grande que l'inférieure.

Les incisives et canines supérieures passent par devant les dents inférieures correspondantes et les tubercules vestibulaires des molaires supérieures se placent en dehors de ceux des molaires inférieures correspondantes.

Les dents de l'arcade supérieure sont placées de façon à former une demi-ellipse un peu plus grande que celle que décrivent les dents inférieures. La ligne de cette ellipse, simple par devant dans les dents incisives et canines, bifurque latéralement en deux branches qui suivent, l'une les

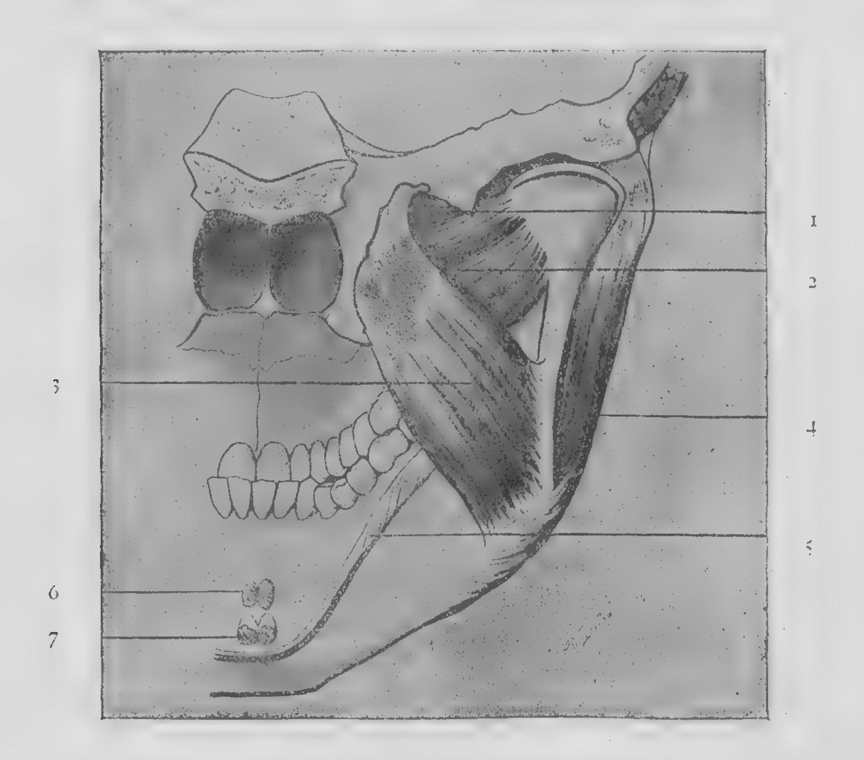


Fig. X.
Vue postérieure.
1, 2. Muscle ptérygoïdien externe. — 3. Muscle ptérygoïdien interne. — 4. Muscle Masseter. — 5. Muscle mylo-hyoïdien. — 6. Génio-glosse. — 7. Génio-hyoïdien. (D'après Poirier.)

tubercules linguaux, l'autre les tubercules vestibulaires des bicuspides et des molaires. Ces deux branches sont séparées par un sillon. Le même fait se reproduit dans les dents

inférieures, mais alors plus petit ; la ligne elliptique, qui en haut suivait le bord tranchant des incisives et des canines et les tubercules vestibulaires des bicuspides et des molaires, tombera ici sur les faces labiale et vestibulaire de l'arcade dentaire inférieure.

Cependant, vers le fond de la bouche, ces deux lignes des deux ellipses tendent à se réunir, et c'est par devant que l'arcade supérieure dépasse plus nettement l'arcade inférieure.

Par suite de cette disposition les tubercules vestibulaires des bicuspides et des molaires inférieures sont arrondis et correspondent à la rainure formée par les tubercules vestibulaires et linguaux des dents supérieures. A leur tour, les tubercules linguaux des dents supérieures sont aussi arrondis et correspondent aux sillons des dents inférieures. Les tubercules libres, c'est-à-dire les externes supérieurs et les internes inférieurs, sont plus petits et plus tranchants.

De cette façon, il y a un engrenage parfait entre les deux arcades dentaires, circonstance indispensable pour une bonne mastication.

Il faut également faire remarquer que les lignes paraboliques des arcades ne sont pas situées dans un plan tout à fait horizontal. L'ellipse supérieure est légèrement convexe au niveau des biscupides et des premières molaires se dirigeant en arrière, et en haut dans les deux dernières molaires. A cette convexité s'oppose une concavité d'égale proportion de l'arcade inférieure.

La convexité de l'arcade supérieure, est appelée « courbure de compensation », parce qu'elle sert à compenser le déplacement en bas et en avant que fait le condyle, dans les mouvements de mastication. Cette courbure s'appelle aussi courbure de Spée et son intensité est liée à la forme du condyle temporal.

Il existe en outre une autre courbure : le plan de la surface d'occlusion regarde presque directement vers le haut des dents incisives et canines inférieures, tandis que les bicuspides et les molaires regardent vers le haut et très nettement

en dedans ; ce caractère devient de plus en plus prononcé à mesure que nous avançons vers la dent de sagesse.

Il arrive le contraire dans l'arcade supérieure ; de sorte

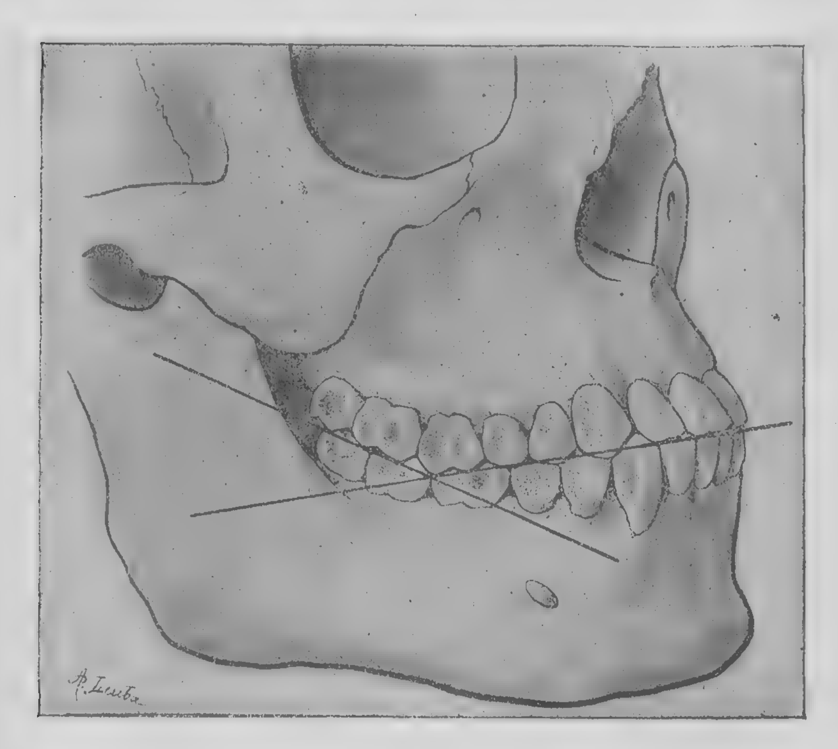


Fig. XI.
Occlusion normale des arcades dentaires ; de la première gauche molaire à l'incisive centrale, toutes les dents touchent à un plan ; les deux dernières molaires et la partie distale de la première molaire, touchent à un autre plan, avec qu'il forme un angle obtus, ouvert en haut.

que le plan de la surface d'occlusion des molaires regarde en bas et en dehors.

Quand on examine les arcades dentaires à l'état d'occlusion, c'est-à-dire de repos, on remarque que chaque dent articule avec deux dents de la mâchoire opposée, excepté les incisives centrales inférieures et les dents de sagesse supérieures.

On trouve la raison de ce fait dans les différences que présente le diamètre mésio-distal des dents.

Les incisives et canines de la mâchoire supérieure sont

plus larges que les dents similaires de la mâchoire inférieure. Il en résulte donc que les incisives centrales de la mâchoire supérieure couvrent les centrales et environ la moi-

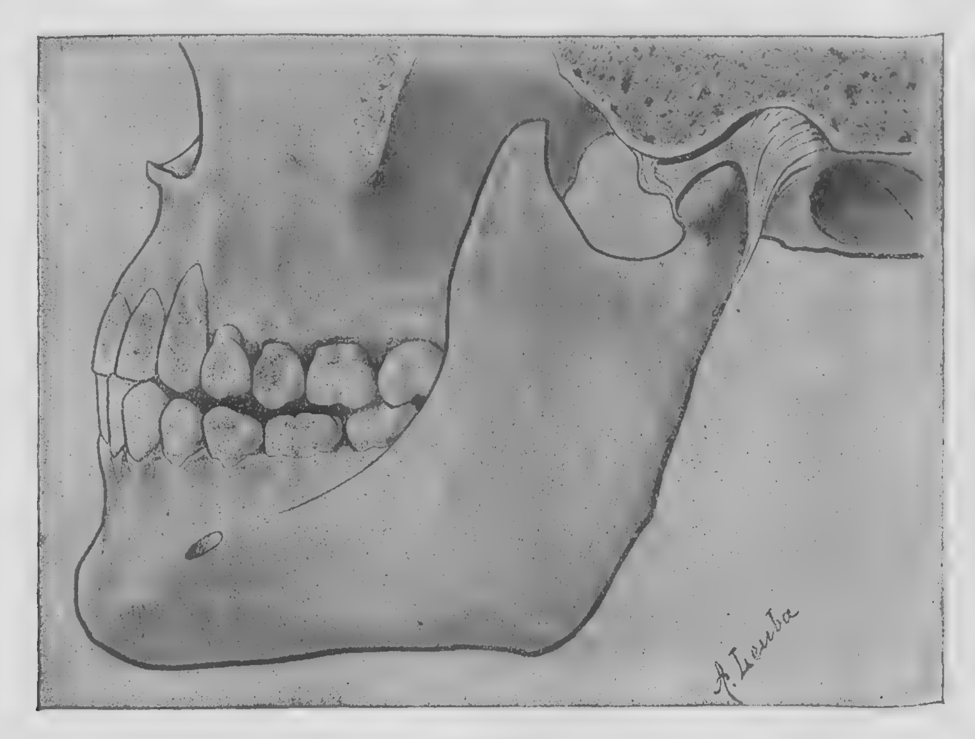


Fig. XII.
Rapport entre l'articulation temporo-maxillaire et les arcades dentaires. La mâchoire est dans le mouvement d'incision. Il y a seulement contacte entre les incisives et entre la deuxième molaire inférieure et la première molaire supérieure et la partie mésiale de la deuxième. Les autres dents ne se touchent pas dans ce mouvement.

tié des latérales de la mâchoire inférieure, tandis que les latérales supérieures couvrent l'autre moitié des latérales inférieures et la moitié mésiale de la canine voisine.

Si nous examinons la série des dents, nous voyons que les canines supérieures couvrent l'autre moitié des inférieures et la moitié mésiale de la première prémolaire inférieure. La première bicuspide supérieure, à son tour, couvre la moitié distale de la première bicuspide inférieure et la moitié mésiale de la seconde, et la seconde bicuspide supérieure

couvre la moitié distale de la seconde inférieure et la cinquième mésiale de la première grosse molaire inférieure.

La première grosse molaire supérieure correspond à son

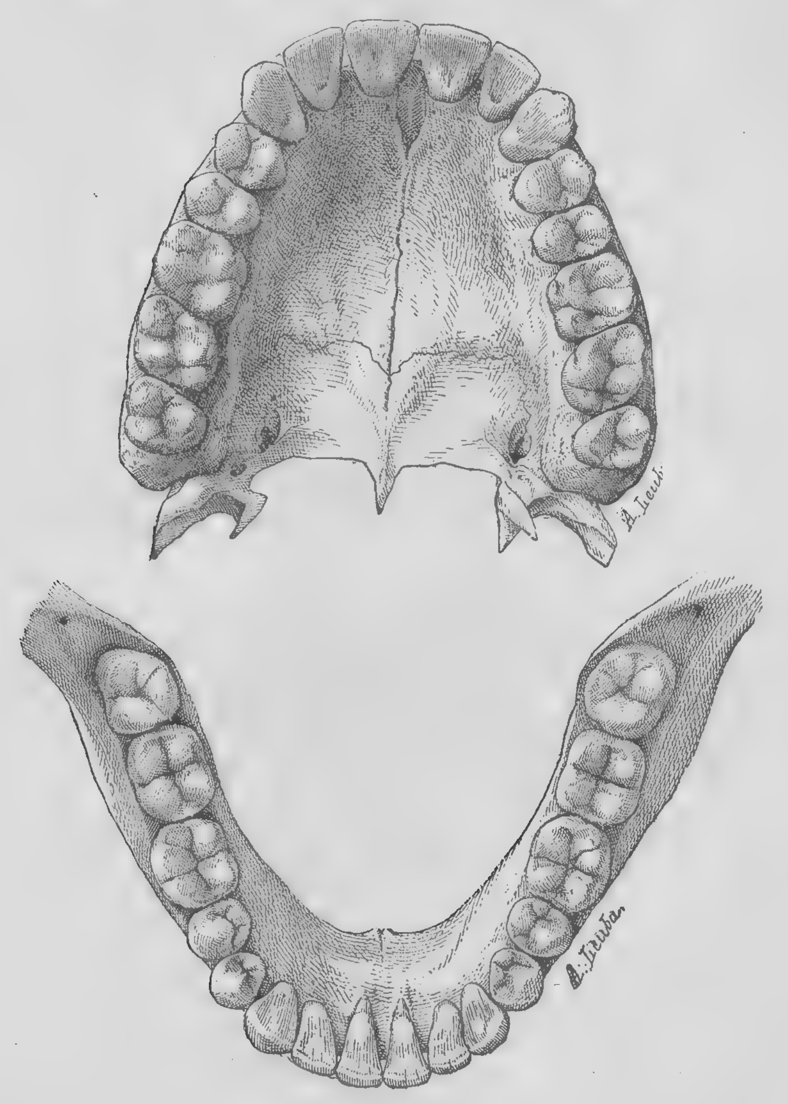


Fig. XIII et XIV.
Arcades dentaires supérieures et inférieures, vues par leurs faces masticatoires.

tour aux quatre cinquièmes de la face distale de la première grosse molaire inférieure et la cinquième partie mésiale de la seconde, dont les quatre autres cinquièmes couvrent la

seconde molaire supérieure, ainsi que la cinquième partie mésiale de la dent de sagesse inférieure.

Enfin, la dent de sagesse supérieure, dont le diamètre mésio-distal est plus petit d'un cinquième environ, couvre les quatre autres cinquièmes parties de la dent de sagesse inférieure. Par suite de cette différence de diamètre, les dents de sagesse inférieures et supérieures ont leurs faces distales sur un même plan.

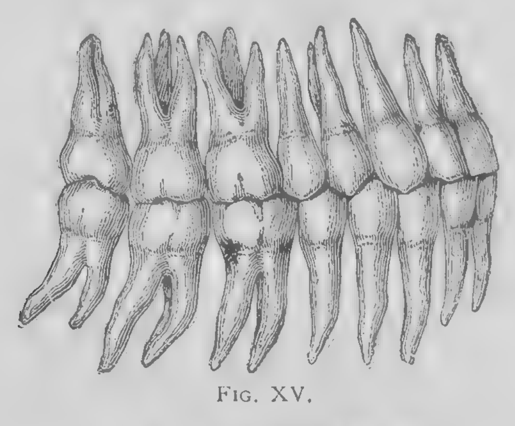


Fig. XV.

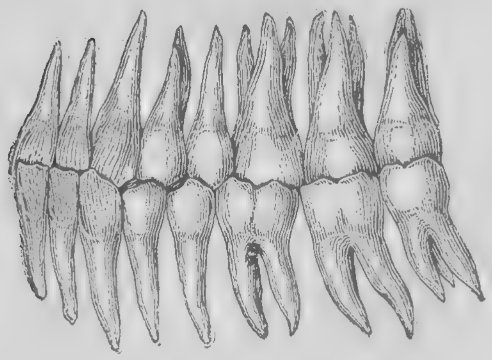


Fig. XVI.

Arcades dentaires supérieures et inférieures en occlusion. La direction des racines indique le sens des mouvements dans la mastication.
Fig. XV, côté vestibulaire. — Fig. XVI, côté lingual.
(Bödecker.)

Comme on le voit, dans toutes les molaires, les tubercules distaux de l'arcade supérieure reposent constamment sur les tubercules mésiaux de l'arcade inférieure.

Telle est l'articulation dentaire normale ou, pour mieux

dire, idéale, car il est évident que l'on trouve rarement une disposition aussi parfaite.

Et c'est principalement une pareille disposition qui permet la parfaite articulation des dents, non seulement pendant l'occlusion des mâchoires, mais aussi dans les mouvements de préhension et de trituration, pour que la fonction de la mastication s'effectue comme il convient.

Conclusion.

Si maintenant nous étudions les arcades dentaires dans leur ensemble, nous allons trouver certaines lois intimement liées à la physiologie et mécanique de l'articulation temporo-maxillaire : En voici les principales :

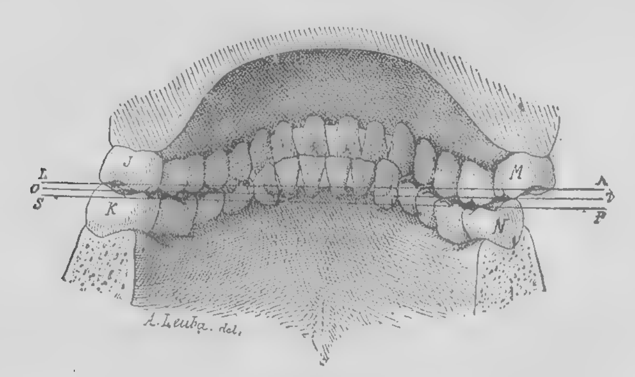


Fig. XVII.

Coupe, de nature, montrant les rapports des cuspides dans le mouvement de mastication du côté gauche. Les cuspides vestibulaires et linguales supérieures et inférieures de ce côté sont en contact ; du côté droit, les cuspides vestibulaires inférieures et palatines supérieures sont en contact. Les cuspides des molaires touchent à trois plans horizontaux. L R. Passe par les cuspides vestibulaires des molaires supérieures J M. ; O T. Passe par les cuspides palatines des mêmes dents. S P. Passe par les cuspides linguales des molaires inférieures K N.

1° D'un condyle à l'autre, il y a la même distance (10 cent.) qu'il y a d'un condyle à l'union de deux incisives inférieures au bord tranchant. C'est-à-dire, que la réunion de ces trois points forment un triangle équilatéral ;

2° L'entrecroisement des incisives (over bite) est en rapport avec l'intensité de la « courbure de compensation »,

(appelée aussi courbure de Spée), la longueur des cuspides, et la profondeur de la glène ;

3° Le rayon de la « courbure de compensation » sera d'autant plus petit que l'entrecroisement des incisives, les cuspides des molaires, et la profondeur de la glène, seront plus grands.

Par contre, ce rayon sera d'autant plus grand, que l'entrecroisement sera moindre, les molaires auront les cuspides moins longues, et la glène sera moins profonde.

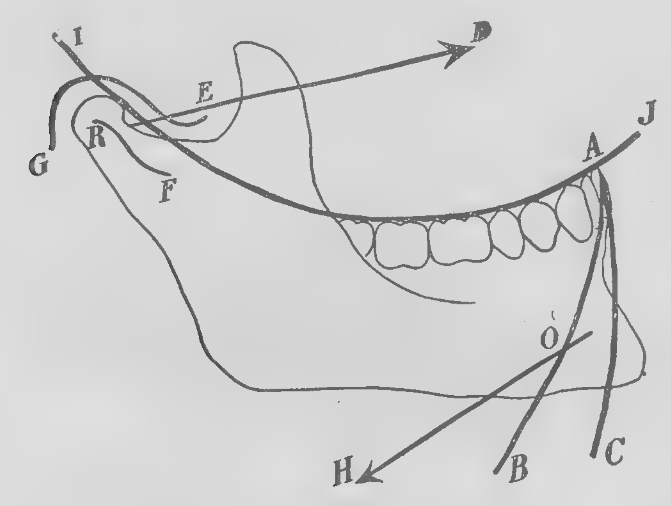


Fig. XVIII.

Schéma des mouvements de la mâchoire.

I J. Courbe de Spée. — G E. Cavité glénoïdée. — R. Centre du condyle. — R F. Ligne parcourue par le condyle. — A. Bord tranchant des incisives centrales inférieures. — A B. Ligne parcourue par A si le condyle restait dans la glène et la rotation fut faite autour du point R. — A C. Parcours réel du point A dans l'abaissement de la mâchoire. — D. Action du muscle ptérygoïdien externe. — H. Action des muscles mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien et digastrique (ventre antérieur).

(Constant, Turner modifié.)

La « courbure de compensation » prolongée en arrière, passera par la face antérieure du condyle ;

4° Les douze dents supérieures de devant touchent également à un plan horizontal. Ce plan prolongé en arrière passerait par le col de la troisième molaire à sa partie distale. Le plan d'occlusion des autres quatre molaires monte brus-

quement vers le condyle. Ce plan prolongé en avant viendrait passer au col des incisives inférieures ;

5° Dans les mouvements de latéralité, les séries des tubercules vestibulaires et linguaux supérieurs et inférieurs se trouvent respectivement en contact ; de ce côté le condyle pivote dans la cavité glénoïde. Du côté opposé, le condyle descend et avance, et la série des tubercules linguaux supérieurs se met en contact avec les cuspides vestibulaires inférieures. Les incisives ne se touchent pas dans ce mouvement ;

6° Dans les mouvements de propulsion de la mâchoire, le bord tranchant des incisives inférieures avance et se met en contact avec le bord tranchant des incisives supérieures. La deuxième molaire inférieure avance aussi, et vient se mettre en contact, avec la première molaire supérieure, à sa partie distale.

Les bicuspides et canines restent libres, et ne se touchent pas dans ce mouvement.

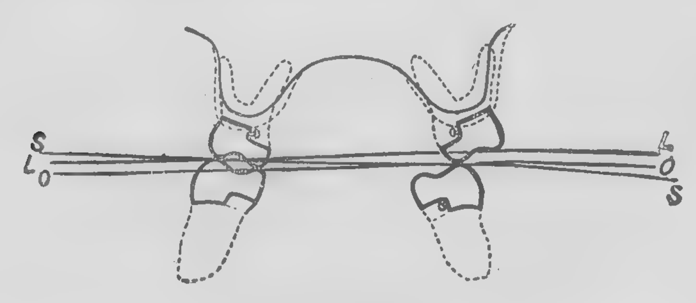


Fig. XIX.

Schéma des contacts des cuspides dans le mouvement de latéralité. Coupe au niveau des deuxièmes molaires.

O O. Ligne touchant les cuspides palatines des molaires supérieures. — L L. Ligne touchant les cuspides vestibulaires supérieures. — S S. Ligne touchant les cuspides vestibulaires inférieures et qui montre l'abaissement de la mâchoire nécessité pour établir un contact entre les cuspides de droite.

(Walker modifié.)

Ces constatations anatomo-physiologiques sont de la plus grande importance en prothèse. Elles trouvent leur application journalière, non seulement dans la confection des dentiers complets, mais aussi dans les dents à pivot, les

travaux à ponts, les redressements, et même dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

La nature ne nous a pas donné tous ces merveilleux orga-

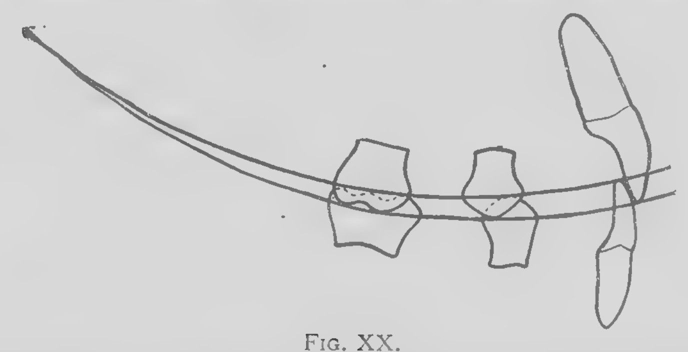


Fig. XX.
Schéma montrant les relations réciproques entre la longueur des cuspides, l'entrecroisement des incisives (over bite) et la courbure de compensation de Spée. (Bonwill modifié.)

nes inutilement. Nous devons subordonner tous nos travaux de prothèse à leurs fonctions, et pour cela n'employer que des articulateurs anatomiques et des dents se rapprochant des naturelles, par leur forme et leur volume.

REVUE DES REVUES

ÉTUDE SUR LE COMMENCEMENT DE LA CARIE DANS L'ÉMAIL

Par G. V. Black.

L'étude de la carie dentaire en ce qui concerne les lésions de la dentine peut être considérée maintenant comme complète.

Il n'en est pas de même de l'étude de la carie de l'émail, car, seuls, certains faits ont été complètement expliqués et l'explication en a été acceptée. On sait que la carie de l'émail est due en général à l'acide lactique produit par la fermentation des micro-organismes qui se développent dans la bouche, mais on n'admet pas universellement que c'est la seule façon dont la carie de l'émail peut commencer.

Dans un de ses derniers travaux Miller, faisant allusion à la carie des faces buccales, semble mettre ce fait en doute et attribue l'origine de la carie, dans certains cas, à une sécrétion de la gencive. Je pense que tout le monde admet que l'agent initial de cette attaque est un acide. Je pense aussi que tout le monde admet que la substance qui unit les prismes de l'émail est attaquée la première et que, lorsqu'elle est dissoute, les prismes sont ébranlés et tombent finalement ou sont dissous.

J'établis par des photographies que l'étendue de la dissolution de cette substance entre les prismes est beaucoup plus grande dans tous les endroits protégés qu'on ne l'a supposé. Certes on constate souvent sur les faces proximales que les prismes de l'émail ne sont pas dissous du tout, ou du moins fort peu, et qu'ils ne tombent pas, en général, avant que le lien qui les rattache à la dentine ait été rompu par la dissolution des sels de chaux d'une partie considérable de la dentine. Jusqu'à ce moment aucun micro-organisme n'a pénétré dans la dentine. J'ai pu établir ce fait à l'aide d'un nouveau microtome permettant d'obtenir de bonnes sections même de la matière la plus friable.

D'autres facteurs intervenant avec les acides au commencement de la carie de l'émail sont encore discutés. Parmi les questions encore discutées figurent les deux suivantes :

1° Quel pouvoir ou quelles influences agissent sur la localisation du commencement de la carie ?

2° Quel pouvoir ou quelles circonstances provoquent l'immunité contre la carie ou la tendance à la carie ?

1° Dans plus de 95 o/o des cas la carie commençante se rencontre

dans une des trois positions suivantes : A, rainures et fissures ; B, faces proximales ; C, faces buccales ou labiales.

A. Il est manifeste que l'existence d'une rainure permet à la carie de commencer.

Les deux dernières B, C, si nous y comprenons la face linguale, qui présente parfois une tendance analogue en cas de susceptibilité extrême, forment un ruban entourant la couronne de la dent près du bord libre de la gencive, suivant sa courbure et ses arcades dans l'espace interproximal. D'ordinaire les angles anatomiques des dents, allant de la face occlusale à la face gingivale, sont exempts, ce qui limite le commencement de la carie aux faces buccales et proximales dans tous les cas, sauf dans ceux de susceptibilité extraordinaire.

On constate, en outre, que la carie ne survient pas en raison de la production d'acide dans la salive en général, car des personnes en état d'immunisation ont une salive acide au tournesol. Si elle provenait de cette cause, les dents se carieraient partout, ce qu'elles ne font pas.

Cela a été signalé par Désirabode en 1838. L'acide causant la carie doit se former immédiatement au point d'attaque dans des conditions qui empêchent sa dissolution dans les sécrétions buccales en général.

2° Cette question peut se subdiviser en quatre.

I. — Pourquoi l'enfant qui a de la carie peut-il devenir immunisé en grandissant si la carie survenant dans l'enfance est arrêtée de façon à empêcher la destruction des dents ?

II. — Pourquoi le sujet immunisé au début de la carie voit-il sa susceptibilité se développer ? Cette susceptibilité semble due évidemment à un changement dans le système, puisqu'elle est souvent de courte durée ; l'immunité revient après une période de susceptibilité plus ou moins grande.

III. — Pourquoi cette susceptibilité se renouvelle-t-elle si souvent ou augmente-t-elle tant pendant la grossesse ?

IV. — Pourquoi revient-elle si souvent dans la vieillesse sous la forme de *carie sénile* ?

Il me semble très probable que les mêmes causes, ou des causes très semblables, interviennent dans ces diverses conditions.

Primitivement les divisions de la question furent expliquées différemment, mais ces théories furent jetées bas par une observation rigoureuse des caractères physiques des dents, dans laquelle l'état relativement à la calcification fut le principal facteur étudié. Cette étude a clairement montré que les différences supposées dans la calcification des dents n'existent pas, et que, quant à la dissolution de leurs sels de calcium, toutes les dents sont également dures (*Cosmos*, mai 1895).

Depuis cette publication j'ai attendu et surveillé les résultats des

recherches des auteurs sur le développement de faits qui justifieraient une explication différente. Or tous ces résultats tendent à confirmer ceux qui avaient déjà été proclamés (V. notamment une communication de C. S. Tomes à la B. D. A. en 1896 et une communication de Miller au Congrès de Saint-Louis en 1904). On peut maintenant considérer comme fermement établi que la carie dentaire ne survient pas à cause de défauts dans la calcification, en outre que les rainures, fissures et imperfections physiques accidentelles facilitent la carie, qu'il n'y a pas de dents molles et dures au sens accepté jusqu'à présent, ni que la tendance à la carie ou l'immunité contre la carie ne dépend pas de variations dans la composition chimique des tissus dentaires ; elles dépendent au contraire des sécrétions buccales et des matières qu'elles peuvent contenir qui permettent au processus de fermentation de former des substances agissant sur elles et de localiser cette action.

Quant aux deux propositions susmentionnées, ce sont vraiment les questions dont la solution nous permettra de nous rendre maîtres de la carie, car si la carie est le résultat d'une dyscrasie, nous espérons qu'en la connaissant nous pouvons trouver le moyen d'en venir à bout par la médication, le genre de vie ou d'autres moyens et ainsi de la maîtriser au début. L'extension de la carie dans la dentine est un incident secondaire dans le processus destructif, mais non le commencement ; or, c'est le commencement de la carie de l'émail qui nous intéresse, et, si nous pouvons connaître le moyen d'empêcher la carie de l'émail, celle de la dentine ne se produira pas. Les perfectionnements que nous avons apportés depuis quelques années à l'obturation, en dehors de ce qui est purement mécanique, sont dus principalement à l'étude des formes, de la localisation et du voisinage de ces commencements et de la façon dont la carie de l'émail s'étend, etc.

Les indications d'ordre général pour le traitement de la carie dentaire consistent dans la correction des sécrétions et dans la possession du terrain dans lequel les dents sont situées. Cela doit remplacer dans une large mesure le traitement prophylactique actuel et le traitement mécanique réparateur, que nous appliquons presque exclusivement à présent.

Les observations auxquelles je me suis livré me permettent de réduire à une seule les deux questions précitées, tant elles sont connexes.

Tandis que le commencement de la carie est causé directement par des acides produits par la fermentation de certains micro-organismes qui se développent dans les sécrétions buccales, les caractères particuliers de cette prolifération nécessaires pour amener la concentration locale et l'application de l'acide produite de façon qu'elle puisse amener le commencement et la propagation de la carie peuvent être dominés par certaines conditions individuelles qui ne

sont pas encore définies. Ces conditions modifient de telle manière les liquides de la bouche que certains micro-organismes qui y croissent produisent une matière gélatinoïde comme sous-produit dans un cas et ne le produisent pas dans l'autre. Dans ce dernier cas pas de commencement de carie de l'émail, par suite pas de carie dentaire. Dans le premier cas, cette matière croît et s'attache aux dents aux points abrités, les bactéries croissant dedans ou au-dessous ou même dedans et au-dessous. Elle agit comme une membrane dialysante passant de la salive dans les sels, celle-là entretenant la fermentation et passant des sels dans la salive qui provient de la solution acide des organismes, en favorisant et en entretenant la fermentation en opposition avec la surface des dents, de telle sorte que les acides formés ne se dissolvent pas dans la salive.

Généralement c'est la croissance de bactéries formant de l'acide dans la salive qui cause son acidité, mais l'acidité des liquides de la bouche n'est pas une cause de carie dentaire. Pendant des années, j'ai étudié des bouches exemptes de carie : j'y ai constamment constaté au moyen du tournesol que la salive était acide, aussi bien que dans les bouches des sujets particulièrement enclins à la carie. De plus, j'ai cultivé des micro-organismes de ces bouches et j'y ai trouvé les mêmes espèces se développant, en quantités semblables. J'ai pris leur salive comme milieu de culture et comparé la prolifération de micro-organismes avec des proliférations semblables dans la salive de gens très disposés à la carie. Il ne semblait pas y avoir de différence importante quant à la quantité de prolifération ou à l'acidité finale du produit. La croissance de micro-organismes dans la salive avec fermentation et production d'acide lactique est nécessairement concomitante au commencement de la carie, mais ce n'est pas le seul facteur nécessaire dans la localisation et la production du commencement de la carie. Il faut la prolifération et la production d'acides en contact avec les surfaces dentaires dans des conditions qui empêchent la diffusion de l'acide dans la salive générale et l'appliquent directement à la dissolution de la substance de la dent ou sels de chaux. Cela se fait à un haut degré par suite de la production de formes zooglées de prolifération ou l'amoncellement de bactéries dans les produits gélatinoïdes en contact avec les dents abritées, c'est là ce qu'on trouve dans la nature. J'ai reproduit cet état artificiellement en plaçant des bagues sur les dents d'individus exempts de carie, en en laissant une petite partie sans ciment. Ces bagues laissent se développer des micro-organismes entre elles et les dents au point dépourvu de ciment et servent de bouclier pour empêcher la diffusion trop rapide de l'acide formé, et la carie se produit même chez des sujets qui autrement n'auraient jamais eu une dent cariée. Il n'est donc pas nécessaire qu'il se forme une matière gélatinoïde pour per-

mettre à la carie de commencer dans une cavité profonde, une fissure ou un autre point suffisamment à l'abri de la stagnation des matières alimentaires fermentescibles pour empêcher les acides formés de se disperser dans les liquides buccaux. Mais en général sur les surfaces unies des dents il semble que ce soit la prolifération de micro-organismes de la forme zooglée qui localise la carie et qui la répande à la surface de l'émail.

Les micro-organismes produisant de l'acide auxquels la carie est imputable se développent bien dans un milieu de culture exempt de sucre, d'amidon, etc., mais alors ils ne donnent pas de produit acide. Ici un produit principal est complètement changé pour un autre qui n'est pas exactement connu. Dans l'autre cas un sous-produit seul est changé et c'est lui qui crée les conditions qui rendent efficace l'action du produit principal et qui permettent aux organismes et à leurs acides d'agir dans un cas et les empêchent d'agir dans un autre.

Toutefois je ne puis encore prouver ces faits. J'ai cultivé cette matière gélatinoïde dans mes tubes de culture, mais n'ai pu formuler de procédé permettant de le faire régulièrement. J'ai prélevé également ces proliférations gélatinoïdes dans la bouche en démontrant leur présence sur des caries commençantes, mais je ne puis le faire dans chaque carie commençante, même sur les faces buccale et labiale, où les meilleures prédispositions se présentaient.

Ce ne sont pas des agrégats isolés de micro-organismes, de masses graisseuses, de mucus, de chaux, que je désigne ici comme de la matière gélatineuse ou des formes zooglées de prolifération microbienne. Il n'est pas difficile de montrer ces matières au microscope. Toutes ces masses sont pénétrées par la salive, et les acides qui s'y développent sont éliminés presque aussi rapidement que s'ils n'existaient pas. Elles ne peuvent pas favoriser le commencement de la carie. Souvent leur décomposition est accompagnée de putréfaction et il ne se forme pas d'acide ; dans ce cas elles arrêtent directement le progrès de toute carie commençante.

Depuis, Michaels a affirmé que chez les individus manifestement disposés à la carie il y a surabondance de sels ammoniacaux et absence de sulfo cyanures dans la salive ; chez les autres, absence des premiers et présence des seconds. Ces conditions se présentent si constamment dans ces relations qu'elles sont nécessaires pour le commencement de la carie dentaire, d'une part, et l'immunité, de l'autre.

Low a confirmé (*Cosmos*, février 1906), les observations de Michaëls. Des résultats semblables sont rapportés par d'autres auteurs.

Comme il me paraît y avoir quelques inexactitudes dans l'œuvre de Low (de Buffalo), il faut attendre que ces résultats soient confirmés. En attendant il est suffisamment évident que les méthodes actuelles de

traitement de la carie dentaire ne seront pas grandement changées avant plusieurs années. Il convient donc de perfectionner ces méthodes par tous les moyens en notre pouvoir et, dans ce but, d'étudier le commencement et la propagation de la carie de l'émail dans toutes ses phases, de plus en plus près à mesure que les années avancent. Il faut surtout étudier les zones de susceptibilité et les zones d'immunité des dents, ainsi que les formes et les environs des commencements et de la propagation de la carie de l'émail chez nos patients, et les comparer à ce que donnent les résultats des recherches.

Mes observations confirment les faits connus, à savoir qu'au début tout à fait il y a dissolution de la substance qui unit les prismes de l'émail ; elles établissent aussi que celle-ci peut continuer jusqu'à rupture de l'adhérence des prismes à la dentine avant la rupture d'un seul prisme, qu'une dissolution considérable de sels de chaux se produit d'ordinaire dans la dentine avant la pénétration de micro-organismes dans le tissu de la dent. Tout cela est l'œuvre d'acides formés à la surface de la dent par des micro-organismes qui s'y attachent et qui forment une fermentation plus ou moins continue.

Mes observations prouvent aussi qu'il y a d'ordinaire un point abrité qui forme le noyau de la carie. Ces noyaux sont souvent très petits ou divisés en deux ou plusieurs points au début dans les faces proximale ou buccale, formant une ligne près du bord gingival libre ; ils se propagent et marchent de pair. En les étudiant, surtout en sections transversales, dans lesquelles on peut couper en long la zone de carie commençante, on trouve les points de début marqués par une pénétration plus profonde de l'acide. Quand la prolifération a lieu en un de ces points, la tendance est de se propager dans chacun des sens que permettent les conditions de trouble et d'éloignement des micro-organismes adhérant à la surface de la dent. Il en résulte que les caries de l'émail, commençant par un noyau isolé, ont habituellement la forme d'un cône dont la base est à la surface de l'émail. Dans tous les cas, la propagation est manifestement à la surface de l'émail et il n'y en a pas dans l'intérieur de celui-ci. Une dissolution de la substance d'union des prismes de l'émail, ayant commencé à la surface, suit le long du prisme jusqu'à la dentine sans mouvement latéral perceptible. La proportion de propagation en surface comparativement à la pénétration est bien nette.

Quand l'émail n'existe plus, que la carie prend son siège dans la dentine et qu'une cavité ouverte se forme, les conditions sont souvent complètement changées. Le nid central favorable à l'adhérence des micro-organismes est perdu et la situation empêche souvent l'adhérence d'une nouvelle prolifération. Par conséquent, pas de propagation superficielle nouvelle. Il résulte de bien des examens que si la propagation de la carie occupe une petite zone ; lorsque la zone

centrale d'émail tombe, on ne voit pas de carie superficielle autour. Mais si l'on fait une obturation pour rendre à la dent sa forme originale, le nid de réadhérence se forme de nouveau et la prolifération a lieu de nouveau sur l'obturation comme sur la dent. Il y a alors une tendance à propagation au delà des bords de l'obturation, qui amène une récidive de la carie.

Dans des observations récentes j'ai constaté que la matière gélatinoïde tient avec une grande ténacité à l'or, à l'amalgame et à l'obturation de porcelaine et étend ses limites au delà de leurs bords dans l'émail, entraînant avec elle le commencement de la carie récidivante, ce qui était marqué par le blanchiment de la surface de l'émail dans quelques bouches et par la rupture de l'émail dans d'autres. Une obturation excellente peut servir, quelquefois du moins, de pont pour une extension de la carie de l'émail plus grande que s'il n'y avait pas d'obturation. Cette tendance à l'extension sur les obturations proximales n'est pas la moins manifeste. Par conséquent ceux qui prétendent qu'il n'y a plus besoin d'extension parce qu'on ne voit pas de signe de carie de l'émail autour du bord de la cavité seront souvent étonnés de l'extension de la carie où ils l'attendaient le moins.

L'examen prouve qu'il en est des inlays de porcelaine comme des autres obturations et des dents elles-mêmes. Certes, ils semblent adhérer plus intimement aux inlays et aux autres obturations qu'à l'émail, car la dissolution des sels de calcium qui se produit sous le dernier et ne se produit pas sous les premiers a une tendance à les désagréger.

En préparant les cavités occlusales pour une obturation métallique ou un inlay, après enlèvement de l'émail miné, il convient uniquement de suivre des rainures jusqu'au point permettant de bien finir l'obturation. Il n'y a alors pas de tendance à l'extension de la carie sur la surface et il n'est pas besoin d'autres précautions. Mais dans la préparation des cavités proximales ou buccales il en est différemment, car c'est là que le commencement de la carie de l'émail s'étend superficiellement et il y a lieu à une soigneuse extension systématique pour prévention. Alors c'est notre connaissance seule des zones réfractaires, des zones susceptibles, des surfaces des dents particulières et du degré de susceptibilité de l'individu qui doit nous servir de guide, et nous devons toujours nous efforcer de placer les bords de la cavité, de manière qu'ils embrassent toute la zone de la surface opérée sur laquelle la carie est susceptible de se répandre chez cet individu. Cette connaissance doit résulter :

1° De l'étude générale qu'on peut faire des zones réfractaires et des zones susceptibles des surfaces des dents avec le nombre maximum d'observations de propagation superficielle de la carie ;

2° De l'examen des tendances individuelles du sujet ;

3° De l'examen des tendances héréditaires dans la famille du sujet;

4° De la combinaison de ces facteurs avec l'âge et les habitudes du patient.

Tout cela bien considéré, pratiquer l'extension des bords de la cavité vers les zones les moins susceptibles de façon à donner la probabilité moindre que la propagation déborde sur le bord de l'obturation et amène la récidive de la carie à cette surface de la dent. Souvent dans la face proximale cela se fait mieux en changeant la proportion des surfaces des dents voisines entre elles par de larges séparations, et en établissant des points de contact en taillant très fortement des points de contact proéminents.

Dans tout cela tenir compte de la limitation de l'extension pour prévention, à savoir que dans les rapports normaux des dents entre elles on doit s'approcher des angles des dents, mais ne jamais les dépasser dans l'extension des bords des cavités. Normalement ces angles allant de la face occlusale à la face gingivale sont les lignes de la plus grande propreté sur les faces axiales des dents et, par conséquent, ce sont des lignes de sûreté sur lesquelles la carie se répand le moins souvent dans toute direction. Les ouvertures des embrasures et la tendance des aliments à traverser celles-ci et à nettoyer leur zone de la face occlusale à la face gingivale dans son mouvement, doivent être l'objet de la plus soigneuse étude. Souvent on peut faciliter par un léger changement de forme ce mode de nettoyage des bords de l'obturation. Ces points demandent notre plus grande attention chez les individus très enclins à la carie, car ce qui importe c'est d'approcher les bords de la cavité le plus possible des zones les moins susceptibles. Ne jamais dépasser cette ligne à moins d'y être poussé par l'extension, soit à la face de l'émail ou dans la dentine, de la carie qui mine l'émail au point d'en compromettre la sécurité.

Mon but est d'appeler votre attention sur la tendance de la carie à s'étendre non dans l'émail, mais à la surface de celui-ci, car elle est toujours à cette surface, sauf dans quelques rainures et dans quelques fissures. Si un de mes patients se servait d'eau pure et d'une brosse à dents 3 ou 4 fois par jour, une carie commençante à la face buccale disparaissait et 99 fois sur 100 la carie ne reparaissait plus sur ces faces. Il m'a été difficile d'obtenir que le patient fît pleinement ce qu'il devait, mais quand il le faisait, il était sûr d'arrêter la carie sans obturation.

(*Dental Review*, février 1907.)

LES CONSÉQUENCES DE L'EXTRACTION DES DENTS TEMPORAIRES

Par A. SIFFRE.

(Suite et fin[1].)

La canine permanente descendant pour prendre sa place trouvera contre sa face mésiale la face distale de l'incisive latérale qui, ne l'oublions pas, est sortie depuis quelques mois et possède déjà une résistance supérieure à la force « d'éruption » de la canine permanente ; il est donc évident que, butant contre un obstacle immuable par elle, la canine sera obligée d'aller où elle aura le champ plus libre ; c'est donc vers la première bicuspide qu'elle se dirigera, puisque la racine antérieure de la première molaire de lait n'existe plus et qu'il y a là un vide tout prêt à la recevoir.

La canine permanente continuera son éruption en accomplissant une migration méso-distale, d'abord parce que, en arrière, rien ne l'en empêche, ensuite parce que, les incisives « s'étalant », l'incisive latérale sera par sa force distale une sorte de poussoir en arrière. Cette migration s'arrêtera quand la canine aura « poussé » la première bicuspide contre la deuxième molaire de lait, de telle sorte que la face distale de cette dent soit contre la face mésiale de la racine antérieure de la deuxième molaire de lait.

Nous devons donc, ici déjà, considérer la canine permanente comme un coin mobile faisant reculer tout ce qui lui est distal, puisque ce qui lui est mésial est non seulement un point d'appui, mais encore un adjuvant dynamique au coincement qu'elle réalise par sa simple éruption.

En ce point de la deuxième dentition, les incisives seront à peu près régulièrement placées, et, si la deuxième molaire ne résorbait pas ses racines, il en résulterait pour la canine une obligation de se placer entre la première bicuspide et l'incisive latérale dans des conditions d'étroitesse de logis qui se traduiraient par l'irrégularité commune, — la saillie ; — tout comme, et plus prononcée encore, elle se produirait si la première molaire de lait persistait jusqu'au moment où la racine de la canine permanente complètement formée serait retenue en position par ses attaches alvéolaires qui opposeraient à son déplacement méso-distal une résistance plus forte et plus longue que le dynamisme ambiant, et le temps nécessaire au remplacement des

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 avril, p. 360.

molaires de lait par les bicuspides et aussi à la migration disto-mésiale de la dent de six ans.

Pour que le mécanisme soit complet, il est maintenant nécessaire qu'il se continue identique à ce qu'il a été jusqu'ici.

La deuxième molaire de lait contient dans ses racines la deuxième bicuspide. Quand la dent temporaire aura résorbé ses racines, la canine, continuant de « coincer », forcera ainsi la première bicuspide à migrer méso-distalement ; cela lui sera possible puisque nous savons que les racines de la deuxième molaire de lait, disparues, laissent une place beaucoup plus grande que celle devant être occupée par la deuxième bicuspide.

Le coincement par la canine continuera, en même temps que se terminera son éruption et les deux prémolaires reculeront et s'arrêteront quand enfin la face distale de la deuxième sera contre la face mésiale de la première grosse molaire permanente. Alors sera complet le changement des dents temporaires par les permanentes.

Alors sera réalisée la proposition : La denture temporaire est le plan dans lequel la denture permanente se constituera, cette dernière étant la subordonnée de la première.

On voit immédiatement que ce que j'indiquais plus haut est absolument indispensable, à savoir : *les dents de six ans* doivent conserver rigoureusement la position qu'elles occupent quand toutes les dents de lait sont encore sur l'arcade.

Cela est réalisé en règle générale.

*
* *

Maintenant que nous avons établi le mécanisme en quelque sorte mathématique de la deuxième dentition et que nous savons qu'il n'y a pas eu de production osseuse supplémentaire pour loger les dents permanentes puisque la somme des dix diamètres égale celle des dix diamètres des dents temporaires, il nous sera très facile de prévoir ce qui adviendra quand on supprimera une dent de lait.

En résumant les mouvements qu'effectue chaque groupe de dents nous dirons :

Les incisives devront avoir la possibilité de migrer dans une direction méso-distale, et pour cela avoir un supplément de terrain, que le deuxième groupe fournira.

La canine devra effectuer une migration méso-distale qui lui sera possible, si le deuxième groupe effectue son éruption régulière.

Les bicuspides effectueront une migration méso-distale si les molaires de lait permettent à la canine d'effectuer sa propre migration.

Enfin la migration de ces trois groupes de dents ne pourra se produire que si les premières grosses molaires sont restées à leur place primitive.

Si nous procédons par groupe pour la recherche des conséquences des extractions des dents de lait, nous dirons : que l'extraction des quatre incisives de lait ne peut avoir aucune influence sur le placement des quatre incisives permanentes, tant que la canine de lait sera présente.

Que l'extraction des dents molaires de lait aura pour conséquence la production d'un vide, plus grand qu'il n'est nécessaire pour les bicuspides qui les remplacent, et que ce vide sera peut-être utilisé par la canine selon le moment où il se produit, mais qu'il peut l'être aussi et le plus souvent par la migration disto-mésiale, c'est-à-dire en avant de la première grosse molaire, en vertu de cette loi : *que toute dent privée de sa voisine médiane migre* dans le sens disto-mésial de l'arcade, migration activée encore par la poussée de la deuxième grosse molaire permanente.

Le résultat de la captation du supplément de terrain par la première grosse molaire aura des conséquences que l'on peut déjà préjuger.

Elle agira comme la canine sur les bicuspides, mais en sens inverse : ces deux dents seront poussées en avant jusqu'à ce que, la première touchant la face distale de la canine par sa face mésiale, elles ne puissent aller plus avant.

Nous aurons donc ainsi supprimé le bénéfice osseux dont auraient profité incisives et canines. Il en résultera, selon les circonstances, peut-être la possibilité de bien se placer tout de même pour les incisives qui profiteront du terrain supplémentaire dû à la chute des canines de lait, si toutefois les permanentes, encore incluses assez haut, le permettent ?

Mais sûrement et dans tous les cas l'impossibilité pour la canine permanente de se placer régulièrement ; elle sera forcée de faire son éruption en saillie ; tantôt et le plus souvent en dehors, tantôt et très rarement en dedans, tantôt et le plus rarement encore de ne point sortir du tout ou à un âge très avancé, quand plus rien autour d'elle ne la gênera, et pour ainsi dire comme un corps étranger éliminé par le maxillaire.

Quand on supprimera une canine de lait il en résultera, si les molaires de lait ont encore leurs racines, la possibilité pour les incisives de profiter du terrain laissé libre, si toutefois encore la canine permanente n'est pas trop près de sortir.

Mais les canines ne pourront en rien utiliser le vide produit par la suppression de la canine de lait, la position de la canine permanente mise à part, si les racines molaires de lait sont résorbées et que leur

couronne tombe presque aussitôt après l'extraction de la canine temporaire.

La migration disto-mésiale des prémolaires et des grosses molaires permanentes s'effectuant plus vite que le déplacement des incisives, il en résultera que ces dernières resteront dans leur position d'éruption, à l'étroit dans l'espace intercanin, mal placées, et la canine permanente sortant la dernière n'aura pour se placer que l'espace produit par l'extraction de sa synonyme de lait ; sachant que celle-ci est plus petite, nous aurons donc encore ici éruption de la permanente en saillie et persistance de l'irrégularité de position des incisives, si déjà elle existait.

Je dis si déjà elle existait, car certains sujets régularisent leurs quatre incisives permanentes en dehors de la courbe temporaire, elles font un arc dont le rayon est plus long. Dans ces cas la canine permanente, en remplaçant la temporaire, influe sur les incisives en les faisant encore avancer, d'où une projection du premier groupe. Quelquefois l'incisive latérale seule subit l'action de la canine, d'où résulte une torsion axile [1].

*
* *

Si nous étudions les conséquences de l'extraction des dents temporaires sur les permanentes, en nous plaçant au point de vue particulièrement synonymique, nous dirons :

L'extraction d'une incisive, centrale ou latérale de lait, n'aura aucune conséquence, ni heureuse ni fâcheuse sur la centrale ou latérale permanente, puisque, la dent permanente étant plus grande que la temporaire, cette dernière ne peut donner un bénéfice quelconque à la première par sa suppression.

Il est utile de dire ici que, chaque maxillaire étant autonome, le côté droit ne peut venir en aide au côté gauche — et *vice versa* — surtout au maxillaire supérieur ; au maxillaire inférieur on peut encore espérer une légère inclinaison, peut-être même une légère migration d'un côté à l'autre, pour une dent, mais il ne peut être question que des incisives centrales.

La ligne médiane interincisive centrale correspond à l'articulation des deux maxillaires supérieurs — mur de mitoyenneté immuable. — Cette même ligne est moins rigide au maxillaire inférieur, qui en réalité n'est en deux parties que dans la première année de la vie et ne conserve en tous cas ultérieurement qu'une trace de la fusion des deux os, qui n'en font qu'un dans l'âge adulte.

---

1. L'influence de la canine permanente fera l'objet d'un travail spécial ultérieurement.

Connaissant cette disposition anatomique, si nette au maxillaire supérieur, nous dirons que l'extraction d'une incisive de lait [1] d'un côté ne pourra jamais donner un bénéfice de place à l'incisive permanente du côté opposé ; seule la couronne pourra s'incliner latéralement dans le vide produit et forcer ainsi la dent permanente qui devait remplacer la temporaire extraite à se dévier de la route, si pour une raison quelconque la dent incisive permanente du côté opposé à l'extraction de la temporaire sortait la première.

A l'extraction d'une incisive latérale de lait nous appliquerons ce que nous venons de dire pour les centrales, en moins, bien entendu, ce qui a trait à la ligne médiane.

Mais si, pour une incisive latérale permanente, l'extraction de l'incisive latérale de lait n'a aucune conséquence, elle peut en avoir pour l'incisive centrale permanente. Nous savons que les incisives permanentes sont plus grosses que les temporaires. Ces incisives centrales permanentes ne peuvent donc pas trouver leur place entre les deux incisives latérales de lait ; si donc on enlève celle-ci *mais bien avant* que les latérales permanentes soient descendues, on créera un espace supplémentaire aux deux centrales permanentes.

Nous verrons bientôt ce que deviennent les latérales permanentes dans ces conditions.

Si l'on supprime une canine de lait, comme pour les incisives, cette suppression ne donne aucun bénéfice à la canine permanente. Mais elle ne donne aucun maléfice non plus, la canine permanente sortira toujours entre l'incisive latérale et la première bicuspide et son placement sera subordonné à l'espace qui sépare ces deux dents ; espace qui sera peut-être diminué si la migration méso-distale des incisives et disto-mésiale des bicuspides est plus rapide que la descente de la canine permanente.

Si l'on supprime une molaire de lait au point de vue du placement de la bicuspide, il ne se produira rien de fâcheux pour cette dernière. Les deux bicuspides ont toujours et dans tous les cas, l'espace de se bien loger et régulièrement entre la dent de six ans et la canine. Elles ont en effet à bénéficier, si nous ne comptons pas la partie du terrain que les incisives et la canine pourront ne pas utiliser, d'un supplément égal à la somme formée par les racines des molaires de lait, au minimum.

Que ce soit donc la canine poussée par les incisives, que ce soit la première grosse molaire qui effectue une migration, les bicuspides seront toujours en bonne place. Le retentissement de l'extraction des molaires de lait ne se fera sentir que sur cette même canine et *a posteriori* sur les canines. Il ne peut être question de mauvais place-

---

1. Et même d'une permanente.

ment des premières molaires permanentes. Mais dans certaines circonstances, quand par exemple on supprime une ou deux molaires de lait sur la mâchoire inférieure et que tout le reste de l'arcade, ainsi que, et surtout, l'arcade antagoniste du côté de l'extraction, conserve toutes ses dents, première grosse molaire et molaire de lait, en maintenant ainsi la première grosse molaire antagoniste en bon antagonisme et, *ipso facto*, en sa position primitive ; quand dans ces conditions on supprime, dis-je, une ou deux molaires de lait, les bicuspides sortent exactement où elles s'étaient formées et conservent l'écartement sur l'arcade, qu'elles avaient avant d'en sortir.

Il semble que le tissu osseux qui comble le vide produit par la perte des racines temporaires soit tellement résistant qu'il s'oppose à tout changement local, à toute migration ! J'en ai cité quelques exemples au Congrès international de 1900 à propos justement de l'influence de l'extraction précoce des molaires de lait sur les bicuspides.

Si cependant l'extraction d'une molaire de lait est pratiquée alors que le germe de la bicuspide contenu dans ses racines est tellement peu développé, il en résulte, par la migration de la première molaire permanente en avant, l'obligation pour ce germe quand son volume augmenté ne peut plus correspondre à l'espace qui existe entre ses voisines mésiale et distale, d'aller sortir là où le champ est libre. Le germe a été pour ainsi dire luxé, et, parvenue à sa grosseur normale, la dent — bicuspide — fait son éruption en dehors très rarement, en dedans de l'arcade dans l'immense majorité des cas. Nous avons là cette irrégularité relativement fréquente, d'une bicuspide, la deuxième en général, dont la couronne est plus ou moins couchée dans le palais ou vers la langue. Dans certains cas, après la sortie des deuxième et troisième molaires, la migration se continuant, cette bicuspide semble être en supplément et l'on voit souvent les dents de ce côté de l'arcade former une courbe régulière sans solution de continuité de contact entre elles.

Quelquefois encore la migration fait serrer la dent à tel point qu'une molaire de lait (la deuxième en général) reste indéfiniment en place sans permettre, tellement elle est collée entre ses voisines, à la bicuspide de sortir. Cependant celle-ci dans l'âge adulte a fini par se faire un passage, elle vient sortir en dedans toujours. Si l'on enlève alors la molaire de lait, on peut constater que ses racines sont complètement résorbées et qu'elle ne tenait en place que par un simple serrage.

Quelquefois enfin la migration disto-mésiale détermine la rétention permanente et indéfinie de la bicuspide dont on a supprimé la molaire de lait, le germe ne sort jamais.

J'ai vu un cas où le germe était allé se loger dans les racines de la

première molaire permanente. La deuxième molaire de lait avait été arrachée par accident aux environs de 3 ans 1/2 !

Nous avons vu les conséquences de l'extraction d'un groupe temporaire sur un groupe permanent ; nous avons vu aussi les conséquences de l'extraction d'un organe temporaire sur son remplaçant permanent. Il nous reste à voir les conséquences de l'extraction intergroupale.

*
* *

Quand on supprime les quatre incisives de lait au moment de la sortie des incisives permanentes centrales, et que par conséquent l'on est encore loin de l'éruption des latérales, les incisives centrales permanentes utilisent l'espace produit par la quadruple extraction des temporaires.

Mais alors l'espace pour les incisives latérales permanentes devient insuffisant. Il faudra, quand ces dents latérales sortiront, un supplément de place qui sera fourni par le troisième groupe, la canine temporaire.

En effet, cette dent de lait supprimée, l'espace devient plus que suffisant pour loger l'incisive latérale. Nous attendons alors la venue de la canine et de la première bicuspide.

La suppression de la première molaire de lait un peu avant la sortie de la canine permanente permettra à cette dernière de migrer méso-distalement et d'opérer le coincement que nous connaissons comme l'un des facteurs du mécanisme normal de la deuxième dentition. Il suffira d'amorcer ce coincement par la seule extraction de la première molaire de lait pour qu'il se continue jusqu'à la sortie de la deuxième bicuspide, après la résorption radiculaire de la deuxième molaire de lait, bien entendu

*
* *

L'extraction d'un organe ou d'un groupe d'organes de lait a, sur un organe ou un groupe d'organes permanent, une influence d'éruption.

En règle générale, à extraction précoce, correspond éruption précoce.

Il y a lieu de tenir compte de cette influence de l'extraction pour être maître de la situation et ne pas perdre dans l'avenir le bénéfice que l'on escomptait au présent.

Cette influence sur l'éruption peut aller jusqu'à plusieurs années et j'ai des observations, données par des sujets de huit ans, qui possédaient déjà une ou deux bicuspides, les molaires de lait correspondantes ayant été extraites généralement pour carie incurable entre quatre et six ans.

CONCLUSIONS.

L'extraction des organes de lait est, comme je l'ai dit au début, souvent nécessaire pour aider au bon placement des organes permanents, mais ce n'est pas seulement pour faire bien placer une dent qu'on est obligé de supprimer un organe de lait ; il est en effet des circonstances pathologiques, — la carie presque toujours, — qui oblige le praticien à cette suppression. Il était donc nécessaire de savoir exactement ce que la suppression d'organes de lait, dans l'une et l'autre circonstance, thérapeutique préventive des irrégularités de positions et thérapeutique chirurgicale de la carie, pouvait entraîner de conséquences heureuses ou malheureuses.

Je crois avoir, sinon dans tous les fins détails de pratique, du moins en principe, montré les indications et les contre-indications de l'extraction de la dent temporaire. J'ai omis avec intention de parler de l'âge auquel les extractions étaient ou devaient être pratiquées ou praticables ; c'est qu'en effet, si l'on peut dire qu'en moyenne à 3 ans la première denture est constituée, qu'à 7 ans la deuxième dentition commence, et que la deuxième denture sera terminée vers 12 ans, il n'est pas possible d'appliquer à chaque individu une règle qu'on tirerait de cette moyenne, et plus peut-être que pour toute autre partie de l'odontologie, la généralité ne peut être de mise quand il s'agit « d'orthodontie ». Chaque sujet fait à son heure ses dents de première et deuxième dentition, et la chronologie du changement de denture étant subordonnée à l'idiosyncrasie de chaque sujet, il est impossible sans risquer de gros inconvénients, de fixer à tel ou tel âge l'extraction de telle ou telle dent.

Un enfant verra sa première dent de lait tomber à six ans, tel autre la verra tomber à sept ans et demi. La statistique nous dira qu'en moyenne c'est à sept ans que la deuxième dentition commence ; elle aura donc raison « en général », mais elle aura grand tort « en particulier », et si l'on s'en rapportait à cette moyenne générale, on attendrait six mois pour intervenir chez le premier enfant, tandis qu'on aurait opéré six mois trop tôt chez le second, toujours d'après la moyenne.

Or, pour le cas présent, si à six ans on voit déjà commencer la deuxième dentition, on est en droit d'en déduire que l'individu est précoce et que les extractions qu'on pourrait pratiquer sur lui auront des conséquences, dont la rapidité des effets sera évidemment plus grande que chez le second enfant qui, seulement dix-huit mois après perdra sa première dent de lait.

Il est encore nécessaire de savoir que le temps employé à remplacer la dent de lait par la permanente est variable par individu ; l'un

fera le remplacement en trois mois, un autre ne le fera qu'en six.

Aussi, un même individu fera le remplacement d'une temporaire trois mois après sa chute, alors qu'il mettra six mois à remplacer la synonyme du côté opposé.

En un mot, c'est affaire individuelle, et tout en se rappelant les règles générales, on ne doit pratiquer d'extraction qu'en temps et occasion parfaitement déterminés par le sujet en traitement.

L'extraction de l'organe de lait n'a jamais eu de conséquences fâcheuses sur le système maxillo-dentaire permanent.

Si l'on craignait, par timidité ou par insuffisante pratique, d'appliquer cette thérapeutique chirurgicale préventive des irrégularités, on serait en droit d'employer un procédé mixte, et tout en supprimant, à propos bien entendu, les dents temporaires, rien n'empêcherait de placer un appareil maintenant l'état de l'arcade au moment de l'extraction ; il ne resterait qu'à faire dans cet appareil le passage de la dent permanente pour laquelle on a supprimé la temporaire, que l'appareil remplace artificiellement en l'attendant.

(*Revue générale de l'art dentaire*, 1908, n° 1.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement de la pulpe avec noyaux calcifiés. — Quand je ne parviens pas à anesthésier une pulpe avec de la cocaïne et l'anesthésie par compression, en raison de noyaux calcifiés dans la pulpe, j'obtiens de bons résultats avec de l'acide sulfurique appliqué quelques minutes, puis neutralisé avec du carbonate de soude. *(Dent. Dig.)*

Retrait du caoutchouc pendant la vulcanisation. — Le retrait dépend non seulement du temps pendant lequel le caoutchouc est soumis à la vulcanisation, mais de la température. Plus celle-ci est basse et plus la pression de la vapeur est faible, moins il y a de perte par retrait et moins il y a de contraction pendant le refroidissement. Une chaleur peu élevée et une longue durée de vulcanisation assurent une meilleure texture au caoutchouc. *(Dent. Dig.)*

Suppression de la douleur en plaçant la digue. — Badigeonner les gencives autour des dents qu'on doit mettre sous la digue avec une solution de cocaïne et d'adrénaline pendant quelques minutes avant de placer la digue et le patient éprouvera un grand soulagement. *(Dent. Dig.)*

Métal de Babbitt. — C'est le seul métal possédant toutes les qualités pour les travaux dentaires qui sont : 1° absence de contraction ; 2° dureté ; 3° malléabilité ; 4° surface unie ; 5° fusion à une basse température. La formule est cuivre 1 partie, antimoine 2, étain 8, fondus dans l'ordre indiqué. Ne pas surchauffer, afin de ne pas oxyder l'étain. *(Dent. Dig.)*

Echecs de l'anesthésie par compression. — L'anesthésie par compression échoue chez les vieillards, les chiqueurs invétérés de tabac ; quand les dents sont usées, abrasées, érodées ; quand elles ont des dépôts calcaires secondaires étendus, quand le canal pulpaire est obstrué par les nodules de la pulpe, quand il y a des oxydes métalliques dans les canalicules, quand il y a des obturations anciennes défectueuses, quand les dents sont fortement calcifiées, toujours pour la même cause : l'obstruction des canalicules. *(Dent. Dig.)*

Douleur consécutive à l'extraction. — Cureter et nettoyer complètement l'alvéole et irriguer abondamment à l'eau chaude. Appliquer deux gouttes d'acide phénique pur et tamponner avec de la gaze iodoformée. Si la douleur ne cède pas, saturer un tampon de coton de

campho-phénique, y ajouter quelques milligrammes d'acétate de morphine et mettre au fond de l'alvéole ; la douleur cesse presque instantanément. *(Dent. Dig.)*

Valeur antiseptique du chlorétone. — Il est bon d'employer une solution alcoolique à 10 ou 20 o/o dans 75 o/o d'alcool, avant de se servir de l'aiguille hypodermique dans la gencive. Cette application est détergente, antiseptique, anesthésique. L'alcool et le chlorétone stérilisent le champ opératoire et l'action anesthésiante du chlorétone est suffisante pour que la seringue hypodermique puisse alors être employée avec un minimum de douleur en même temps que toute infection septique est impossible. *(Dent. Dig.)*

Montage des bridges de porcelaine. — Monter toujours les bridges de porcelaine avec de la gutta de préférence au ciment, parce qu'on peut les enlever sans difficulté, parce que l'effort résultant de la mastication est ainsi atténué, et parce qu'il est presque impossible d'employer du ciment lorsqu'on fait une selle sans refouler l'excès au-dessous, et quand celui-ci se cristallise, il en résulte une irritation inévitable. *(Dent. Dig.)*

Métal de Richmond. — Ce métal fond à 160 degrés et permet d'avoir un modèle sur une empreinte à la gutta. Sa formule est étain : 20 parties en poids ; plomb, 19 ; cadmium, 13 ; bismuth, 48. En estampant une matrice, prendre l'empreinte de la cavité à la gutta, mettre en plâtre. Inutile d'attendre que le plâtre ait durci ou séché complètement : deux minutes suffisent pour avoir un métal excellent sur lequel on peut estamper une matrice. *(Dent. Dig.)*

Inlay d'or. — Après que le composé *Perfection* a été introduit dans la cavité sur son petit plateau de métal, on le durcit avec un jet d'eau froide et on le laisse en place quelques moments. Puis avec un porte-empreinte répondant au cas on prend l'empreinte au plâtre juste au-dessus de la petite empreinte au composé, et l'empreinte de la cavité sort avec le plâtre si la cavité a été bien préparée. On prend l'articulation à la cire et l'on congédie le patient. On foule alors de l'amalgame mou en quantité juste suffisante pour avoir un poinçon qu'on pourra estamper plus tard. On vernit l'empreinte au plâtre et l'on coule le modèle à la manière ordinaire. Après durcissement on sépare et l'on a un moulage parfait reproduisant les dents voisines, dans lequel se trouve le poinçon de métal qui servira de modèle pour la construction de l'inlay. Avec l'articulation à la cire déjà prise relever l'articulation. Avec le modèle et l'articulation on peut construire complètement l'inlay sans l'essayer dans la bouche et sans retard et sans incommodité pour le patient. *(Dent. Surg.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le 7 avril 1908, à 9 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — Modification du Règlement.

Le secrétaire général donne lecture d'un rapport présenté par *M. Lemaire*, au nom d'une commission nommée par la Société, avec la mission de mettre le Règlement en harmonie complète avec les statuts des différentes branches du groupement de l'Ecole dentaire de Paris. Le rapport conclut à l'adoption des articles relatifs à la bonne tenue des séances, articles qui ont été votés, en assemblée générale, par la Société de l'Ecole, et par l'Association générale des Dentistes de France.

Les articles proposés par le rapporteur sont votés, et l'ensemble du rapport est adopté à l'unanimité.

II. — Quelques observations sur l'ionisation en thérapeutique dentaire, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph donne lecture de sa communication, qui sera publiée dans un prochain numéro.

Discussion.

M. Godon, à propos de la communication de M. Mendel-Joseph, donne lecture d'une lettre de *M. Foveau de Courmelles,* dans laquelle celui-ci invoque l'identité de l'ionisation et de la méthode qu'il a décrite, en 1890, sous le nom d'électrolyse médicamenteuse, méthode dont rendit compte M. Foulon (*Odontologie,* novembre 1892. *Art dentaire*, septembre 1891); cette méthode préconisait les lumières colorées et la pénétration électrolytique (et non cataphorétique) des agents médicamenteux.

M. Mendel-Joseph. — Il me semble qu'il serait utile de donner quelques explications au sujet de la note de M. Foveau de Courmelles, et particulièrement de la méthode de M. Foulon.

M. le président.—La cataphorèse et l'ionisation visent au même but, qui est de porter à distance des agents médicamenteux. Je me souviens que, dans cet ordre d'idées, des tentatives ont été faites par MM. Go-

don, Papot, Poinsot. Il serait bon d'établir la distinction qu'il faut faire entre l'ionisation et la cataphorèse.

M. Mendel-Joseph. — M. Foulon a préconisé une méthode de stérilisation analogue à la mienne. Il introduisait une aiguille de platine à travers le canal de la racine, laquelle aiguille lui servait d'électrode pour le passage du courant électrique. Il faisait donc de l'électrolyse des substances de l'organisme, sans y faire pénétrer aucune matière ayant des propriétés antiseptiques.

Dans mon procédé, j'introduis dans les tissus de l'organisme l'ion antiseptique, l'ion-zinc ; je fais ce que M. Foveau de Courmelles a très justement appelé la bi-électrolyse, ou, pour me servir d'un terme plus général, l'ionisation à électrode attaquable.

M. le président. — Je remercie M. Mendel-Joseph de son intéressante communication, que nous pourrons mieux discuter quand elle aura été publiée. En attendant, puisque cette étude comporte nécessairement un côté pratique évident, je prie M. Mendel-Joseph de bien vouloir, à l'une de nos prochaines séances pratiques, faire une démonstration de la méthode qu'il préconise.

III. — Doit-on employer le chlorure d'éthyle mélangé a l'oxygène, dans les anesthésies de courte durée ? par M. L. Camus.

Cette communication sera publiée.

Discussion.

M. Décolland. — Vous devez savoir combien il est de mon intérêt de suivre de temps en temps ces communications.

Si M. Camus est un physiologiste distingué, il est aussi un de nos bons anesthésistes.

Lorsque j'ai construit mon appareil, je m'étais inspiré des travaux qui ont été faits à l'étranger. On a dit dès qu'on a employé le chlorure d'éthyle : « A cause de sa grande volatilité, il faut l'employer à petites doses, dans un espace clos, avec un appareil à vessie. » Je me suis rallié simplement à cette théorie, ce qui a été fait fort longtemps en Suisse et surtout en Amérique et en Angleterre, où l'on peut dire que des torrents de sœmnoforme et chlorure d'éthyle ont été employés... Or, je me suis aperçu que dans les masques qui servaient à cette anesthésie, l'on cherchait à y joindre une soupape ou une admission d'air de sûreté (Rousseau, de Trey).

Ceci était le résultat d'observations cliniques, d'où découle la théorie la plus tangible. J'ai voulu faire comme eux, mais je vous le répète, je n'ai jamais discuté la physiologie du chlorure d'éthyle. C'est devant la prudence de certains que j'ai modifié mon appareil afin de répondre à leurs desiderata.

Vous voyez, en ce moment, qu'il y a deux théories en présence : celle de M. Pinet et celle de M. Camus.

M. Pinet est un anesthésiste très prudent et il a déjà une longue carrière ; il a usé de ma soupape de prudence. M. Camus semble plus audacieux parce qu'il a l'expérience de son laboratoire et de sa clinique, il dit : Il ne faut pas d'air.

Ceci devient très important : M. Camus dit : « Il n'y a pas de danger à ne pas donner d'air ». M. Pinet, lui, ne dit pas : il faut donner de l'air, il dit : « Il faut éliminer une partie de l'acide carbonique qui est toujours une cause d'intoxication ». A-t-il raison, je ne le discute pas, mais il apporte des expériences concluantes.

Si nous passons à l'anesthésie de longue durée, je me suis basé sur la fameuse loi de Paul Bert, de la tension des vapeurs inhalées et c'est par des anesthésies successives, pour permettre une ventilation raréfiante, que j'ai mentionné, il y a déjà deux ans, ce principe d'anesthésie de longue durée. Je mentionnerai que pour ma part, j'ai fait des anesthésies de longue durée, à Marseille en particulier, où le tempérament diffère un peu de celui de nos hommes du Nord, l'anesthésie était pourtant plus parfaite, peut-être à cause du climat qui est plus chaud, c'est donc une affaire de terrain.

Donc, je le répète une fois de plus, je n'ai jamais dit qu'il fallait donner de l'air avec de petites doses ; M. Pinet n'a jamais dit qu'il fallait donner de l'air; nous avons simplement estimé qu'une soupape d'expiration pour l'acide carbonique, rendrait de réels services.

M. Camus peut nous dire si c'est utile qu'il y ait une élimination de l'acide carbonique pendant l'anesthésie.

M. Camus. — Je n'ai pas à me prononcer sur la valeur d'un appareil ou d'un autre. Je redis seulement que l'anesthésie avec des mélanges titrés pour donner des résultats certains, exige un anesthésiste consommé.

M. le président. — Je remercie de son intéressante conférence, le distingué physiologiste et professeur d'anesthésie qu'est M. Camus.

IV. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE, DES MUSCLES MASTICATEURS ET DES ARCADES DENTAIRES, AU POINT DE VUE DE LA PROTHÈSE DENTAIRE, PAR M. AMOEDO.

M. Amoëdo donne lecture de sa communication que nous publions plus haut (V. page 387). Il présente un grand nombre de planches nouvelles et fait passer de nombreuses projections qui sont très admirées.

M. Godon. — Je demande que la discussion de cette communication figure en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance. Je veux faire remarquer ce soir combien il est important de discuter cette question. Elle a été présentée récemment dans une autre société et

elle n'a pas été comprise. Je l'ai bien regretté étant donné qu'en Amérique, en Allemagne, cette question arrive à être très connue. Elle est actuellement la clef, par ses applications nombreuses, de la dentisterie et de la prothèse nouvelles et il n'est pas possible de comprendre un mot des redressements, du traitement de la pyorrhée même, si on ne l'a pas comprise.

C'est, il est vrai, une question extrêmement complexe, et assez difficile.

Je vous dirai que Bonwill est venu à Paris en 1889, il est revenu en 1897 et nous a fait chaque fois des communications sur ses théories sans parvenir à les faire comprendre d'une manière suffisante pour qu'elles entrent dans la pratique journalière. Il n'y a qu'un très petit nombre d'hommes qui ont bien compris ces lois et leurs applications diverses.

Nous avons le plaisir d'avoir parmi nous Amoëdo qui, comme moi, a connu beaucoup Bonwill, qui a été son interprète lorsque Bonwill est venu en 1897 à la Société d'Odontologie pour nous faire sa communication. Malheureusement Bonwill a fait cette communication en anglais et elle n'a jamais été publiée en français.

Il faut que la Société d'Odontologie s'occupe à nouveau de cette question parce que comme je le disais au début, et je ne saurais trop le répéter, c'est la clef de la dentisterie moderne.

Je demande donc que la discussion figure en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée par l'assemblée.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

NOUVELLES

Congrès de Clermont-Ferrand (A. F. A. S.).

Le Congrès de Clermont-Ferrand organisé par l'A. F. A. S. aura lieu du 3 au 9 août prochain.

Le programme est le suivant :

Lundi 3, matin, ouverture du Congrès ; après-midi, séances des sections ; soir, réception par la municipalité.

Mardi 4, matin et après-midi, séances des sections.

Mercredi 5, matin, excursion au Puy-de-Dôme ; après-midi, séances des sections ; soir, soirée de gala à Royat.

Jeudi 6, excursion générale à Thiers.

Vendredi 7, matin, séances des sections.

Samedi 8, matin, séances des sections ; après-midi, clôture du Congrès.

Dimanche 9 et *lundi* 10, excursions diverses.

*
* *

Une réunion préparatoire au Congrès de Clermont-Ferrand (section d'Odontologie de l'A. F. A. S.) a eu lieu le samedi 9 mai, à 9 heures du soir, au siège de l'Association de l'Ecole odontotechnique, sur l'initiative de M. Franchette, président de cette section.

De nombreux confrères parisiens y assistaient, entre autres MM. Amoëdo, Barden, Delair, Ducournau (A.), Francis Jean, Roy, Siffre, etc.

On procéda d'abord à l'élection du Bureau. Le président, M. Franchette et les vice-présidents, MM. Lemerle et Brodhurst (ce dernier, président du Comité local) avaient été nommés antérieurement à l'issue du Congrès de Reims.

M. Lemerle ayant manifesté le désir de ne pas être vice-président cette année, il a été décidé que M. Franchette ferait auprès de lui les démarches nécessaires pour le faire revenir sur sa décision.

M. Barden est nommé secrétaire et M. Albert Ducournau, secrétaire-adjoint.

Chaque année, le Bureau de la section met à l'ordre du jour un certain nombre de questions susceptibles d'intéresser les congressistes et qui font l'objet de rapports spéciaux. Après discussion il est décidé de proposer les sujets suivants :

I. Indications des inlays céramiques et métalliques (Rapporteur : M. Francis Jean).

II. Les mortifications pulpaires sans carie (Rapporteur : M. Siffre).

Ces rapports devront être adressés *au moins un mois à l'avance* à chaque congressiste, de façon à susciter des discussions intéressantes.

Dès maintenant, nous engageons nos confrères à envoyer leur adhésion au Congrès de Clermont-Ferrand et le titre des communications, présentations ou démonstrations qu'ils ont l'intention de faire, afin de pouvoir en publier le titre le plus rapidement possible.

Chaque réunion de l'A. F. A. S. est une nouvelle victoire remportée par les Odontologistes. Il faut donc que chacun apporte sa contribution à l'œuvre commune, c'est le seul moyen d'assurer au Congrès de Clermont-Ferrand en 1908 un succès comparable à celui de Reims en 1907.

Envoyer les adhésions à M. Franchette, 5, place du Théâtre-Français, Paris.

F. D. I.

La conférence de M. Sauvez, président de la F. D. I., que nous avons annoncée dans notre dernier numéro a eu lieu à Bruxelles le 2 mai. Elle a eu un grand succès : plus de 150 dentistes de Belgique étaient présents et la création d'une F. D. N. belge a été décidée.

La séance s'est terminée par des démonstrations pratiques de MM. Platschick et Solbrig.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris tiendra une séance supplémentaire, le mardi 19 mai, à 9 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Ordre du jour : *La réforme des dents minérales*, conférence par M. Richard-Chauvin, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

Mutuelle médicale française de retraites.

La *Mutuelle médicale française de retraites*, œuvre philanthropique, fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvé par arrêté ministériel du 10 mai 1900 et patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire, s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes. Elle est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er mars dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 325 et l'avoir social à 88.855 fr. 85.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1908 et un sociétaire infirme à 450 francs.

S'adresser au secrétaire, Dr Terrieu, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

Association internationale de dentistes.

Une Association internationale de dentistes espagnols, portugais et américains du Sud ayant pour but principal la fondation d'une caisse de secours mutuels pour les membres et leurs familles, en cas de décès ou d'incapacité physique de travail, est en voie de formation.

Peuvent faire partie de cette Association les chirurgiens-dentistes, médecins-dentistes, mécaniciens-dentistes et opérateurs et les membres de leur famille.

L'Association aura son siège à Madrid.

Société dentaire américaine d'Europe.

La 35e réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe se tiendra à Londres le 31 juillet 1908.

Au Brésil.

Un de nos confrères du Brésil nous informe que l'état-major du corps des pompiers de Rio-de-Janeiro compte un chirurgien-dentiste chargé de donner des soins aux officiers et aux hommes, et qu'il en est de même de la gendarmerie de l'Etat de Sao Paulo.

Erratum.

Dans notre dernier numéro, une erreur typographique s'est glissée p. 357 dans la formule de la pâte arsenicale anesthésique indiquée par M. Gouthière. Cette formule doit être lue ainsi :

Acide arsénique	1 gramme.
Chlorhydrate d'héroïne	0 gr. 50.
— de cocaïne	0 gr. 50.

Glycérine neutre, q. s. pour former une pâte épaisse.

28e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RÉFORME DES DENTS MINÉRALES

Par M. RICHARD-CHAUVIN,
Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

Quatre années se sont écoulées depuis que je me suis volontairement retiré de l'Ecole et depuis ce temps, à maintes reprises, quelques-uns de mes amis, et non des moins chers, m'ont manifesté leur étonnement au sujet d'une retraite qu'ils voulaient bien qualifier de prématurée, me faisant le grand honneur de regretter une collaboration qui s'était affirmée sans défaillance pendant 25 ans.

A ces amis, je ne pouvais cacher que je préférais la retraite, peut-être momentanée, à la participation insuffisante dans le travail commun.

Mais ce n'était pas là toute ma pensée, je désirais surtout me consacrer entièrement à une idée que je caressais depuis de longues années et dont j'avais puisé les éléments, pendant un séjour de deux ans, dans une fabrique de dents et aussi dans quelques travaux auxquels je m'étais livré concernant la céramique. Cette idée, dont la réalisation m'amène aujourd'hui devant vous, consistait dans la mise au point d'une dent minérale rationnelle.

Après quatre années de travaux assidus, précédés d'une période d'incubation très longue, conçus et réalisés avec l'aide de collaborateurs de tout premier ordre, que la chance a placés sur ma route, je suis arrivé à cette certi-

tude que les errements qui président à la construction des dents actuelles, qui sont encore ce que quelques-uns d'entre nous les ont connues il y a plus de 40 ans, ne se seraient pas produits, ou n'auraient pas aussi longtemps persisté, si les professionnels avaient été appelés à collaborer activement et constamment à la conception et à la construction des dents minérales.

Au début de cette causerie, permettez-moi d'invoquer le nom d'un de nos plus éminents confrères, le Dr Frey, dont je m'honore d'être l'ami, qui a le premier synthétisé les préoccupations communes et qui s'est attaché à mettre en œuvre les moyens d'aboutir à la « réforme des dents minérales ». Vous vous souvenez des critiques qui ont été formulées ici même par lui et nombre d'entre vous, critiques qui ont abouti à la formation d'une commission chargée d'étudier le sujet. Vous voudrez bien me permettre de les reprendre, car ces critiques, par opposition, vont mettre en relief les desiderata de notre profession à l'égard des dents minérales.

Les défauts capitaux des dents dont nous nous servons, les seuls défauts, pourrait-on dire, sont les suivants :

1° La fragilité ;

2° La dénaturation des nuances sous l'influence des écrans formés par les montures.

Si vous le voulez bien, je prendrai successivement ces défauts corps à corps en essayant d'élucider leurs causes.

1° La fragilité tient à deux causes :

a) Cause autogène. La matière elle-même est très friable.

b) Cause occasionnelle. Les moyens d'attache.

La cause autogène tient à la pâte céramique elle-même : La dent actuelle est entièrement constituée par la pegmatite, matière de couverte dans les céramiques de grand feu, qui se trouve en abondance dans différentes contrées et dont la composition, analogue d'une façon générale, varie cependant dans les proportions des substances composantes, suivant l'origine d'extraction. Ces différences légères de composition expliqueraient les différences minimes de résistance

que l'on rencontre dans les différentes marques. Nous pouvons dire, après les expériences de cuisson faites par nous, que la pegmatite des Pyrénées offre une légère supériorité sur nombre d'autres.

Au début de mes recherches, je pensais, et beaucoup d'entre vous l'ont sans doute pensé comme moi, qu'une pâte céramique fondant à une température plus élevée que la pegmatite, devait réaliser une plus grande résistance aux tractions. En d'autres termes, il semblait logique de croire que la solidité d'un corps céramique dépendait dans une certaine mesure de son point de fusion. De là à concevoir la dent minérale en deux corps, il n'y avait qu'un pas ; d'autant plus que cette conception réalisait du même coup, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, la question si délicate du maintien des nuances en toutes circonstances.

Et, en effet, ce fut là l'idée directrice qui a présidé à mes recherches de début.

Mais pourquoi deux corps céramiques différents au lieu de la coloration directe d'une pâte à haute fusion ?

A une température plus élevée que celle utilisée pour la fusion de la pegmatite, la réduction des oxydes métalliques, servant à la coloration, s'opère et la matière colorante disparaît. Ce phénomène a certainement été constaté par vous, pendant la fabrication des inlays de porcelaine qui, poussés à une température surélevée, perdent leur coloration.

Et cependant, par des procédés spéciaux extrêmement intéressants, un de mes collaborateurs était parvenu à nuancer directement, tout en conservant les nuances, des pâtes fondant entre 1500 et 1600 degrés. Malheureusement nous n'avons pu, pour le moment, songer à utiliser cette belle découverte, voici pourquoi :

Les pâtes à haute fusion conservent dans toute leur épaisseur une opacité presque entière, par le fait que la fusion réelle — que l'on est obligé de surveiller de très près — ne se produit qu'à la partie périphérique de la masse, tandis que le centre se maintient dans un état qui tient le milieu entre la pâte biscuitée et la pâte fondue. Il s'ensuit que le

corps obtenu, opaque et coloré dans toute son épaisseur, donne la sensation de la porcelaine peinte et ne donne en aucune façon celle de la matière vivante, que produit la dent traversée par les rayons lumineux, soit partiellement, soit dans toute son épaisseur, et qui sont réfractés par un écran. De là, si l'on veut chercher la solidité dans une fusion plus élevée de la matière, la nécessité de deux corps différents :

1° Une pâte de fond ;

2° Une couverte transparente et colorée.

Ce sont là les procédés de la céramique ordinaire, appliqués à la céramique dentaire.

Si nous admettons — surtout pour d'autres raisons — la nécessité de deux corps céramiques différents, l'un semi-opaque blanc, l'autre transparent et coloré, aurons-nous acquis la certitude qu'une pàte de porcelaine dure, le kaolin [1], pour prendre un exemple, présentera plus de résistance que la pegmatite [2], fondant à une température notablement inférieure ?

Nullement. Si l'on procède comme en céramique ordinaire : pâte de fond biscuitée et couverte fondue, l'agrégat formé par la pâte de fond est moins dense et la matière reste friable. Et si l'on voulait, isolément bien entendu, pousser la température jusqu'à la fusion de cette pâte de fond, on obtiendrait une agrégation moléculaire sensiblement pareille à celle de la pâte de couverte et la résistance des deux corps serait de ce fait sensiblement égale.

J'avais eu la présomption de cette parité de résistance, il y a quelques années, en fondant entièrement du kaolin et en le soumettant à des tractions comparatives avec la pegmatite ; mais, outre que mes essais n'avaient pas été poursuivis avec une rigueur scientifique suffisante, ils n'avaient porté que sur cette matière et rien ne m'indiquait d'une façon certaine que dans toute la série des terres ou des silex il était impossible de trouver une pâte plus élastique et plus

---

1. Température de fusion : Environ 1500 degrés.
2. Température de fusion : De 12 à 1300 degrés.

résistante que celles employées en céramique dentaire, mais ceci est du domaine des recherches et je vais y revenir.

La cause occasionnelle de fragilité de la dent minérale réside, ai-je dit, dans ses moyens d'attache.

Il est, en effet, difficile de concevoir un moyen d'attache plus rudimentaire que celui qui est usité en céramique dentaire.

Si nous voulons bien serrer la question d'un peu près, nous nous rendrons compte que la pâte, friable par elle-même, résisterait mieux, néanmoins, si elle n'était traversée, dans la moitié de son épaisseur, par deux barres plus ou moins rigides qui la divisent et jouent, sous l'influence des déplacements produits par la mastication, le rôle de deux leviers tendant à l'écarter, surtout sachant que, le coefficient de dilatation du platine et celui de la pâte étant essentiellement différents, l'union intime des deux corps ne peut être complètement réalisée. Tous nous avons constaté, et je pense qu'à cet égard les avis sont unanimes, que 50 o/o au moins des fractures des dents se produisent au niveau des crampons.

Si l'on ajoute à cette cause occasionnelle, mais permanente, quelques causes accessoires et intermittentes, telles que l'écrasement insuffisant des têtes d'épingles qui occasionnent la chute de la dent sans fracture, les attaches restant incluses dans la monture ; l'insuffisance de diamètre de certaines épingles eu égard au volume et au poids de la dent, ainsi que les défauts résultant d'une mauvaise préparation du métal lui-même qui amènent la rupture des crampons au ras de la porcelaine sans fracture de celle-ci ; on ne sera pas étonné de la multiplicité des accidents qui ont donné lieu aux doléances dont cette société s'est constituée l'écho.

Les causes de fragilité étant élucidées, j'arrive à la cause des modifications qui se produisent dans le nuancement des dents à la suite du montage, car il n'y a qu'une cause qu'il est facile de s'expliquer.

J'ai dit à propos des causes de fragilité que la dent est

constituée uniquement par la pegmatite. Cette matière cuisant à une température relativement basse, si l'on considère qu'elle est une porcelaine de grand feu, fond presque identiquement dans toute son épaisseur [1]. D'où il résulte que le bloc se présente objectivement sous l'apparence d'une masse très translucide presque transparente.

Les colorants atténuent dans une certaine mesure cette disposition et tout particulièrement *les jaunes foncés*. Il n'en est pas moins facile de comprendre qu'un écran, quel qu'il soit, transparaissant au travers de la masse, modifiera plus ou moins complètement les tons si délicats, si nuancés obtenus en céramique dentaire. Les changements dans les nuances sont parfois tels que des appareils doivent être remaniés pour cette cause.

Ne nous arrive-t-il pas de contreplaquer parfois des dents au platine avec l'idée d'atténuer les modifications dans le nuancement, que l'on prévoit par trop complètes avec le contre-placage d'or.

Il y a là pour le dentiste un vaste champ de surprises qui a été parfaitement indiqué par M. Frey.

J'ai dit, que de la critique des dents actuelles ressortiraient les desiderata professionnels. Je crois qu'en effet nous pouvons les formuler ainsi d'une manière très précise :

1° Résistance plus grande aux fractures résultant :

a) De la mise au point d'une pâte plus solide et plus élastique ;

b) D'un ancrage plus rationnel en général et en particulier de la suppression des crampons traversant et divisant la pâte nue.

2° De la mise au point d'une dent en deux pâtes différentes :

a) Une pâte blanche semi-opaque destinée à arrêter les rayons lumineux qui seront refractés directement par elle ;

1. Je dis : « presque identiquement ». On conçoit bien, en effet, que la surface étant plus directement en contact avec la chauffe, elle arrive au moment de la cuisson complète, presque à la température de coulée. La pâte n'en est pas moins fondue dans son épaisseur.

b) Une pâte de couverte transparente et colorée traversée par la lumière.

Vous voudrez bien remarquer, qu'une dent ainsi constituée se rapproche de la structure de la dent humaine et que cette constitution résout le problème de la stabilité des nuances.

Voilà, je crois, le problème nettement posé.

Sa solution était beaucoup plus complexe que je ne l'avais pensé tout d'abord et, au début de mes travaux de recherches, je me rendis bientôt compte que je devais, avant toute chose, rechercher les concours scientifiques nécessaires à l'étude méthodique de la question. J'eus l'heureuse chance de rencontrer un chimiste de grande valeur qui avait fait du travail de la céramique son occupation favorite. Pendant de longs mois, il se livra, de concert avec moi, à l'étude analytique et expérimentale des kaolin, terres, silex, etc. espérant rencontrer dans ces diverses matières, prises isolément ou mélangées en certaines proportions, la substance qui couronnerait nos recherches. Tous les essais de cuisson effectués sur ces données nous démontrèrent que, quelle que fût la température de fusion de ces matières, nous ne pouvions, dans cet ordre d'idées, résoudre le problème posé : une résistance plus considérable. En effet, à la cuisson, toutes ces pâtes céramiques se trouvaient, par similitude d'agrégation moléculaire, ramenées à un coefficient de résistance sensiblement égal.

Nos travaux prirent alors une nouvelle orientation et, à la suite de recherches laborieuses, nous aboutissions à la constitution d'une pâte céramique de fond nous donnant des résistances comparatives à la traction très satisfaisantes. Ces essais de traction vont, si vous le voulez bien, être repris devant vous.

Voici ce qu'ont donné nos essais :

1° Dents de différentes provenances, arrachement des crampons et rupture de la dent sous des charges venant de 7 à 14 kil. ;

2° Dents constituées en deux pâtes :

a) Notre pâte de fond ;

b) La couverte.

Ces dents étaient ancrées comme les précédentes.

Arrachement des crampons et rupture des dents sous des charges variant de 15 à 25 kil. et même 28 kil.

Si vous vous étonnez que l'on puisse rencontrer des écarts aussi considérables étant donnée la constitution identique des dents tractées, je vous ferai remarquer qu'au point de vue général plusieurs facteurs sont à considérer : l'épaisseur et la longueur comparatives des dents, des différences dans la solidité des attaches, peut être aussi, pour les dents usuelles, des conditions pas toujours identiques dans la cuisson et le refroidissement.

En ce qui nous concerne, pour expliquer les écarts très considérables que nous avons constatés, nous devons invoquer surtout que nos dents sont des produits plus ou moins parfaits de laboratoire, que nos contrôles de cuisson ont toujours uniquement consisté dans notre vigilance, de telle sorte qu'avec une même formule, si notre cuisson était défectueuse, la résistance de nos produits s'effondrait dans des proportions de 50 o/o, accidents qui ne sauraient se produire avec les instruments précis de contrôle que l'on peut employer pour des fours importants. Nous sommes par conséquent autorisé à dire qu'ayant obtenu des résultats aussi importants dans les conditions défectueuses des recherches de laboratoire, si nous opérons avec l'outillage scientifique moderne, les écarts que nous constatons s'atténueront dans le sens d'une ascension notable du coefficient de résistance.

Pouvions-nous penser que, désormais, le but était atteint?

En considérant un des deux côtés du problème posé nous avions le droit d'être très affirmatif. En effet, sans réserves et sans conteste nous avions réalisé la stabilité des nuances, quel que fût l'écran que, par la suite, l'on opposerait à la dent en quelque circonstance que ce fut.

Quant à la question de résistance à la traction et, par déduction, aux chocs et aux efforts masticatoires, nous

pouvions à bon droit nous féliciter des résultats obtenus, sans toutefois prétendre avoir atteint ou dépassé la limite où ces chocs et ces efforts provoquent la rupture de la porcelaine.

C'est alors que nous songeâmes à appliquer à la céramique dentaire un procédé déjà utilisé dans l'industrie : la métallisation de la porcelaine par dépôt galvanique.

Les différentes pièces que voici vous montreront les résultats de ces essais. Ici se posait une question : le dépôt galvanique, si ce n'était du platine, subsisterait-il après la soudure ?

Vous pourrez voir que des dents ont été soudées et sont encore attenantes à la plaque sur laquelle elles ont été montées.

De toute façon, un nouveau problème se posait par le fait même de ces essais encourageants : la suppression des épingles traversant la pâte céramique.

Poussant nos recherches dans cette voie, nous envisageâmes la constitution d'une pâte de fond métallique, dans différentes proportions, formant un noyau blanc au voisinage de la couverte et par dégradations successives, devenant entièrement métallique au verso de la dent. Il ne restait plus alors qu'à déposer par électrolyse ou autrement, sur cette partie métallique, une couche d'or ou de platine et la dent sans crampons était réalisée, prête à souder.

La justification de ces essais ainsi que les résultats se trouvent devant vous.

Mais devant cette solution, je me garderai bien de dire si simple, je préfère dire si élégante de la question, se dressait une objection dont nous ne pouvions méconnaître l'importance : les dentistes allaient-ils donc se trouver dans la nécessité, pour utiliser des dents construites sur ces données, de constituer un double stock de dents ; le premier destiné aux montures métalliques, le second aux montures de vulcanite ? Comme vous le voyez, la question se compliquait au fur et à mesure que nous nous acheminions vers la solution définitive et en présence des difficultés qui naissaient sans cesse devant nos efforts, nous étions de moins en moins

surpris du peu du progrès réalisés depuis 50 ans dans l'industrie de la céramique dentaire. Certainement, il paraissait difficile, pour ne pas dire impossible, de penser que les praticiens consentiraient à de semblables sacrifices, quelle que fût d'ailleurs la qualité des produits qui pourraient être mis à leur disposition.

Ce fut alors que commença la quatrième et dernière étape de nos recherches, laquelle, je ne crains pas de le dire, aboutit à un résultat complet.

Pour bien comprendre l'idée d'un ancrage spécial donnant, pour ainsi dire, une armature à la porcelaine, il ne faut pas perdre de vue la constitution de notre dent. Rappelons-nous qu'elle est composée de deux pâtes : une pâte de fond, blanche, semi-opaque couverte d'une pâte colorée transparente. C'est cette pâte de fond, blanche, non translucide qui va nous permettre de réaliser, avec un succès complet, l'idée d'ancrage qui me vint lorsque nous eûmes constaté que notre dent métallique obligerait le dentiste à se munir d'un double stock de dents correspondant à deux modes de montage absolument différents.

En effet, vous comprendrez aisément qu'il est de toute impossibilité d'armer un bloc de porcelaine aussi peu volumineux qu'une dent lorsque la porcelaine qui le constitue est translucide. Nous observons parfois que, dans les dents minces, les crampons de platine apparaissent par transparence et je n'ai pas besoin de revenir sur cette question élucidée des changements de nuances produits par l'écran inévitable de la monture au travers de toute l'épaisseur de la dent. Il est dès lors facile de se rendre compte qu'une armature métallique, occupant le centre d'un noyau d'une aussi faible épaisseur, se reflètera par transparence au travers de la pâte translucide et que le nuancement se trouvera bouleversé.

Il en va tout autrement d'un réseau de toile ou de fils supportant la plaque métallique du verso placé dans notre pâte opaque. Là notre adjonction ne saurait transparaître et toutes les nuances seront respectées. Les échantillons

que vous pouvez voir vous convaincront de ce fait. La dent peut alors être munie de crampons prenant uniquement leurs points d'appui sur le métal et sans influence sur la porcelaine qui ne subit aucun effort du fait de ces crampons.

Que l'on veuille employer la dent pour le caoutchouc, elle se trouve toute prête après l'ajustage, il n'y a qu'à disposer les crampons ; que l'on désire au contraire procéder au montage métallique, il n'y a qu'à couper ces derniers et la dent est prête à souder après ajustage.

Il est bon de remarquer que, dans les cas d'articulations basses, le praticien ne se trouvera pas arrêté par la crainte d'affaiblir la dent en usant la porcelaine jusqu'au voisinage des crampons, puisque ceux-ci ne tirent aucune aide de la pâte pour leur maintien dans le noyau céramique et ne jouent aucun rôle au point de vue de la soudure.

Enfin, une considération, dont l'importance ne saurait vous échapper, qui s'ajoute aux considérations qui précèdent : l'armature formant contreplaque étant cuite avec la pâte, son adhérence est autrement intime que celle de la plaque ajustée et rapportée artificiellement. De cette considération nous déduisons deux avantages importants : 1° une résistance plus considérable, qui vient s'ajouter à celle donnée par la suppression effective des crampons ; 2° le foyer de septicémie, que forme inévitablement l'assemblage imparfait de la plaque rapportée et de la porcelaine, se trouve de ce fait supprimé.

L'adhérence à peu près intime de la plaque de verso et de la porcelaine se trouve facilitée grâce à notre pâte métallique par identité de constitution.

Malgré les difficultés des travaux de laboratoire, sans moules à pression, avec un mouillage de pâte non mathématiquement dosé et surtont trop abondant, justement en raison de l'absence de pression, vous pourrez voir quelques échantillons assez réussis qui montrent que cette adhérence est au moins égale à celle des crampons de platine dans la porcelaine ordinaire, alors qu'avec l'outillage scientifique nous avons le droit de prétendre à une adhérence complète.

Nous possédons ici une dent munie d'un ancrage fait très rudimentairement à la main dont la perfection ne saurait atteindre celle d'un ancrage réalisé mécaniquement. Elle a été munie après coup de deux crampons pour subir des essais de traction. Chargée de tous les poids dont nous disposions, la dent n'a pu rompre, et la charge, si mes souvenirs sont exacts, devait dépasser 30 kilos.

Ici nous allons pouvoir noter la charge de rupture.

Enfin, qu'il me soit permis de vous faire remarquer que nous possédons dans notre collection deux échantillons sur lesquels nous avons frappé avec un maillet de bois, les dents reposant à plat. Elles sont fêlées, mais vous pourrez constater que les fragments font corps avec la masse, ce qui s'explique par la raison que toute cette masse, tant porcelaine qu'ancrage, est solidaire.

Il me reste à vous parler très brièvement de la conception de la dent interchangeable. Elle est constituée par deux gaines filetées cuites dans la pâte et retenues par la plaque métallique formant la partie postérieure de la dent. Deux gaines libres enveloppent les gaines filetées. Dans le montage, les dents étant en place et articulées, les deux gaines lisses doivent être soudées avec la monture et en faire partie intégrante. En regard de l'orifice interne de ces gaines lisses, c'est-à-dire sur la partie épaisse du bridge, un foret calibré ménage la place d'une tête de vis. La monture soudée ou fondue, il ne reste qu'à adopter les dents et à les écrouer, en fermant les joints à l'aide d'une dissolution de gutta, pour éviter la pénétration des matières alimentaires.

On peut s'imaginer que : 1° quelle que soit la direction des gaines, et cette ou plutôt ces directions sont prévues pour aboutir à la partie épaisse du bridge, la solidité de la dent ne saurait être compromise par des tractions s'exerçant dans des directions s'écartant de la perpendiculaire, puisque, grâce à l'ossature métallique, la porcelaine ne subit aucun effort ; 2° que le diamètre de ces gaines n'est limité que par la surface disponible de la dent et la préoccupation de conserver à la monture la plus grande solidité, puisque, la porce-

laine n'étant pas traversée par elles, il n'y a aucune crainte de division.

Et maintenant, je crois pouvoir conclure que les dentistes français ont en mains les éléments susceptibles de réaliser les progrès qu'ils souhaitent voir se produire depuis si longtemps.

Jamais l'idée de concevoir, de poursuivre et de réaliser la construction d'une dent normale ne me serait venue si je n'avais, ainsi que je vous l'ai dit au début de cette causerie, séjourné et travaillé pendant deux ans dans une fabrique de dents. C'est ce travail de préparation déjà lointain qui m'a incité, au moment où mes occupations devenaient moins impérieuses, à poursuivre des projets depuis longtemps mûris et caressés.

J'ai aussi appris que la fabrication pouvait être réalisée, au moins pour commencer, dans des conditions modestes, l'atelier où j'ai fait mes débuts n'étant pas d'une importance considérable.

Il y a peut-être ici quelques vieux praticiens qui ont connu les dents belges. On en vendait à Paris.

La maison Violet-de-Ploeck fabriquait à Saint-Josse-ten-Noode, faubourg de Bruxelles, et sa production ne dépassait pas ou peut-être n'atteignait même pas deux millions de dents annuellement. Et cependant pendant un certain nombre d'années elle a fait vivre des travailleurs et exporté ses produits. Faut-il rappeler qu'en France des fabricants vendant des produits d'une infériorité notoire, au point de vue de la solidité, les Devillemur, les l'Hopital, les Friese ont maintenu leur fabrication pendant de longues années, ne cédant, je crois, qu'à la mort. Et cependant, l'écoulement de leurs produits devait être bien faible, étant donnée leur infériorité et aussi le peu d'action que possèdent des individualités. C'est ce qui m'autorise à croire que les dentistes français pourraient, tout comme les étrangers, avoir leur fabrique de dents, ces dents réalisant les desiderata professionnels, surtout si l'on veut bien se rappeler que l'invention de la dent minérale part de France.

LES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE

Note sur la circulaire ministérielle du 10 octobre 1907

Par UN OFFICIER DE TROUPE.

I. — TROIS PRINCIPES FONDAMENTAUX.

L'apparition de la circulaire ministérielle du 10 octobre 1907 a été, dans l'armée, le signal d'un actif mouvement d'opinion. En même temps que des médecins militaires publiaient dans les recueils spéciaux des études approfondies sur l'organisation des services dentaires dans l'armée, un certain nombre de régiments s'efforçaient de réaliser pratiquement cette organisation. Ces premières tentatives ont permis de dégager quelques idées directrices sur lesquelles tout le monde est d'accord aujourd'hui. De ces idées résultent à leur tour certaines mesures d'application sur l'opportunité desquelles il ne peut y avoir non plus deux avis.

On se propose de résumer ici les unes et les autres, en vue d'orienter, s'il se peut, le débat dans un sens pratique et vers la réalisation, la plus prompte possible, du desideratum énoncé le 10 octobre 1907.

Tout d'abord, les principes suivants ressortent en pleine lumière et se placent au-dessus de toute discussion :

1° *Le service dentaire à organiser dans l'armée doit être rattaché au service de santé et sous la direction ou le contrôle des médecins militaires.*

La circulaire du 10 octobre a elle-même consacré ce principe, en énonçant : « qu'il serait donné au Val-de-Grâce un enseignement de stomatologie » et que le service ne pourra être complètement organisé dans les garnisons, qu'après que cet enseignement aura porté ses fruits. La nécessité de rendre les médecins militaires maîtres de présider à tout le service médical, y compris le service dentaire, résulte d'ailleurs de considérations de discipline générale, d'ordre intérieur et de responsabilité professionnelle telle-

ment évidentes qu'elles s'imposent immédiatement à l'esprit ;

2° *L'exécution du service doit être confié aux élèves dentistes appelés sous les drapeaux pour accomplir leurs deux années de service.*

Ce desideratum est énoncé à la fois par les médecins militaires et par les professeurs chargés de l'enseignement dentaire professionnel. Les médecins militaires avouent l'impossibilité où ils sont de cumuler la fonction médicale et la fonction dentaire ; ils ne pensent pas non plus qu'il y ait lieu de spécialiser un certain nombre d'entre eux dans l'art dentaire et de constituer ces spécialistes en une catégorie spéciale, celle des dentistes militaires. A l'École dentaire de Paris on estime que l'utilisation dans leur spécialité des élèves dentistes incorporés est le meilleur emploi qu'on puisse faire d'eux tant au point de vue de leur intérêt propre qu'au point de vue de l'intérêt général.

Cette opinion n'est autre que celle que la loi de 1905 a consacrée, en ce qui concerne les affectations militaires à donner aux étudiants en médecine et aux élèves vétérinaires ; et il n'y a aucune raison pour ne pas assimiler à ces deux catégories de jeunes soldats la catégorie des élèves dentistes ;

3° *Le service dentaire dans les corps de troupe doit être organisé parallèlement au service médical et sur les mêmes bases que ce service ; autrement dit, il doit être régimentaire.*

La circulaire du 10 octobre admet implicitement ce principe quand elle énonce que les fiches dentaires seront établies et conservées par chaque régiment, et quand elle prescrit que l'établissement ou la mise à jour des fiches se feront lors des visites de santé générales. En fait, le service médical des régiments fonctionne d'une manière satisfaisante. Il n'y a qu'à copier ce modèle pour avoir d'emblée un service dentaire qui donne à son tour de bons résultats.

Il pourrait n'en être pas de même si l'on créait de toutes pièces des services dont la juridiction s'étendrait au delà des

limites du régiment ; si, par exemple, on prenait pour pivot de la future organisation *l'hôpital*, et si l'on se proposait d'avoir, dans l'hôpital de chaque garnison, un service dentaire commun à toutes les troupes de la garnison. La distance qui sépare les casernes des hôpitaux, jointe à l'absence de communications régulières entre les officiers de troupe et les médecins militaires des hôpitaux nuiraient au bien du service proprement dit ; d'autre part, les officiers de troupe seraient laissés en dehors de l'organisation du service dentaire. Ils doivent cependant y contribuer au point de vue des soins journaliers. Et non seulement pour l'hygiène de la bouche, mais pour l'hygiène générale et l'alimentation de leurs hommes, il est indispensable qu'ils reçoivent chaque jour les nouvelles du cabinet dentaire comme ils reçoivent celles de l'infirmerie.

Pour cela, les va-et-vient des compagnies au cabinet doivent être constants ; les distances, courtes ; les communications verbales, faciles et de tous les instants. Ces résultats ne seront atteints que si le service dentaire est régimentaire et si, à côté du médecin-major chef de service, fonctionne un élève dentiste chargé, pour le personnel du régiment, des soins qui ressortissent à sa spécialité.

Personnel des élèves dentistes.

Il résulte d'un pointage fait à l'Ecole dentaire et dans les Ecoles similaires qui fonctionnent à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, que le recrutement militaire peut compter sur une moyenne annuelle de 150 élèves dentistes. Comme chacun de ces jeunes soldats doit deux ans de service, il y a en tout sous les drapeaux, à un instant quelconque : $2 \times 150 = 300$ élèves dentistes. Ce chiffre est égal au total des régiments de l'armée. Le service dentaire régimentaire peut donc être organisé à raison d'un opérateur par régiment.

Ce serait déjà un résultat considérable si, dès la fin de 1908, chacun des 183 régiments d'infanterie de l'armée était doté d'un cabinet dentaire. Il faudrait, pour y parvenir que l'Administration centrale de la guerre (service du recrute-

ment) eût l'ordre d'incorporer dans l'infanterie tous les élèves dentistes de la classe appelée en 1908 ; on différerait d'un an l'organisation du service dentaire dans les autres armes — cavalerie, artillerie, génie — qui représentent dans l'ensemble des effectifs moins importants. Il faudrait aussi tenir compte des quelques régiments d'infanterie déjà pourvus et reprendre aux sections d'infirmiers les éléments incorporés en 1907 et non encore utilisés. On rappelle à ce propos qu'en 1907 les élèves dentistes avaient été incorporés les uns dans les régiments, les autres dans les sections d'infirmiers. Ceux-ci sont employés à l'heure actuelle dans les hôpitaux en dehors de leur spécialité technique, tandis que leurs camarades placés dans les régiments ont pu s'y rendre utiles dans les services dentaires sommairement organisés.

Au point de vue du service intérieur des corps de troupe, l'organisation dentaire régimentaire ne pourra souffrir aucune difficulté. Il suffira de prescrire que la visite dentaire se fait tous les jours, à la même heure que la visite médicale et qu'il est tenu dans chaque unité (compagnie) un cahier de visite dentaire semblable au cahier de visite médicale.

Cette pratique pourra être consacrée ensuite par un *paragraphe spécial* ajouté au *Règlement sur le service intérieur des corps de troupe,* qui définira alors le service médical et le service dentaire en termes analogues. Mais en raison du caractère fondamental de ce règlement, cette addition ne devra être faite que quand l'organisation nouvelle aura été arrêtée dans toutes ses parties.

Une retouche aux règlements organiques est nécessaire pour faire une place dans l'armée aux *praticiens* dentistes. Etant chefs d'un service quasi autonome, ils ont droit équitablement à un grade. On pourrait créer pour eux celui de sous-officier dentiste et les rattacher aux petits états-majors des régiments ; leur situation deviendrait alors analogue à celle des maîtres ouvriers ou maîtres d'escrime, et elle resterait encore bien modeste, comparée aux services

qu'ils peuvent rendre, mais du moins, on aurait assuré dans des conditions suffisantes leur existence pendant les deux années qu'ils passeront au régiment. On aurait en même temps ouvert la porte à des rengagements possibles, sinon actuellement, du moins plus tard, quand le nombre des praticiens de la bouche se sera élevé, et que l'offre de leurs talents viendra à dépasser la *demande* du public. Il pourra arriver alors qu'un certain nombre de *sous-officiers dentistes* s'accommodent d'une situation sûre acquise au régiment, des bénéfices que leur promet la clientèle des officiers, et qu'ils rengagent ou commissionnent comme des maîtres ouvriers. Au surplus, l'étude de cette question, qui implique une modification aux états d'effectifs, ressortit à l'Etat-Major de l'armée (1[er] bureau) agissant d'accord avec la 7[e] Direction de l'Administration centrale (Santé).

La conciliation de l'instruction militaire des élèves dentistes avec leurs obligations techniques dans les régiments se fera sans difficulté. Ils ne pourront se donner tout entiers au service dentaire que lorsqu'ils seront devenus mobilisables, c'est-à-dire au mois de mars de l'année qui suivra leur incorporation. Mais on ne saurait admettre qu'ils soient dispensés des exercices militaires de la période d'hiver. Il y a en effet parmi eux des sujets susceptibles de devenir officiers de réserve et l'armée ne peut renoncer aux services qu'ils sont susceptibles de rendre en cette qualité.

L'organisation technique du service incombe à la 7[e] Direction (Santé). Il y aura lieu — et la circulaire du 10 octobre l'indique — de diviser le service dentaire en deux branches : 1° service d'inspection et tenue à jour de fiches dentaires ; 2° service des traitements. La nécessité de cette destination est aujourd'hui reconnue ; tout récemment encore, elle était énoncée dans une circulaire du ministre de l'Instruction publique, relative à l'organisation de services dentaires dans les écoles normales d'instituteurs.

L'inspection d'une part, et les soins de l'autre seront assurés par les *élèves dentistes*. Une préparation spéciale *ante-régimentaire* pourra leur être donnée à ce point de

vue ; et certainement, les professeurs de l'Ecole dentaire seraient heureux de s'y employer d'après un programme à établir d'un commun accord entre la direction de cette Ecole et un délégué ministériel représentant la 7e Direction.

Matériel dentaire des régiments.

Il convient que chaque soldat ait entre les mains une brosse à dents, avec un approvisionnement de poudre dentifrice ou d'eau dentifrice. Il faut, d'autre part, que les infirmeries soient dotées d'un arsenal dentaire permettant les opérations courantes de l'art.

L'achat de brosses à dents et d'ingrédiens dentifrices n'exige pas des sommes bien considérables ; il ne grèvera pas sensiblement les fonds des compagnies, mais les capitaines commandants n'ont pas les mains libres pour des achats de ce genre. On sait qu'en matière d'administration militaire « tout ce qui n'est pas permis est défendu ». Or, selon la règle des règlements actuels, on peut nettoyer les parquets et les havresacs, on peut graisser les pieds des hommes, mais on ne peut pas leur laver les dents. Cet état de choses se trouvera modifié si l'on ajoute le mot « brosse à dents » à la nomenclature des effets qui doivent être normalement entre les mains des hommes ; cette nomenclature est imprimée dans les livrets individuels. Il faudra encore compléter le règlement sur l'habillement (décret du 22 janvier 1907) en ajoutant : « achat d'ingrédients dentifrices » à la nomenclature des dépenses incombant aux masses d'habillement des compagnies. Au cas où l'on adopterait pour toute l'armée un type unique de *nécessaire dentaire individuel,* l'entretien de ce nécessaire en poudre ou en eau dentifrice serait assuré par le magasin du corps, qui alimenterait les magasins de compagnie ; il faudrait alors rectifier le règlement sur l'habillement, en ce qui concerne les dépenses permises au fonds commun. Ces questions sont à étudier par la 5e Direction (Intendance) d'accord avec la 7e Direction (Santé).

L'organisation de cabinets dentaires dans les infirmeries

exige une retouche du règlement sur le service de santé du 25 novembre 1889. Le matériel dentaire des infirmeries tel qu'il est décrit par ce règlement est radicalement insuffisant. Dans bien des garnisons on pourrait le compléter en recourant au matériel dont les hôpitaux militaires disposent et qu'ils n'utilisent pas : il suffirait de prélever sur la dotation de ceux-ci la boîte n° 7 de l'arsenal chirurgical de 1894, qui lui est normalement attribuée. On aurait à acheter en outre un tour à fraiser et quelques instruments spéciaux. La dépense minima à faire pour monter le cabinet serait alors d'environ 150 francs ; elle s'élèverait à 250 francs s'il fallait acheter aussi directement les instruments contenus dans la boîte n° 7.

Les infirmeries reçoivent des hôpitaux la plupart des médicaments nécessaires au dentiste ; cependant, il faudrait aussi les mettre en mesure de se procurer quelques produits et quelques fournitures non compris dans la nomenclature sommaire de l'Instruction du 13 août 1899 sur les médicaments et le matériel, et, pour cela, modifier cette nomenclature.

La question ne serait convenablement réglée que si la 7e Direction, d'accord avec l'Ecole dentaire, arrêtait une liste provisoire des instruments et des médicaments nécessaires à la constitution des cabinets ; si les cabinets étaient constitués sur cette base au moyen d'une mise de fonds spéciale (avis de la Direction du contrôle) ; enfin si le règlement du 25 novembre 1889 était modifié en vue de permettre par la suite l'entretien du cabinet.

Résumé et conclusions.

L'examen rapide qui vient d'être fait n'a conduit qu'à des indications et à des aperçus. On espère cependant qu'il aura suffi à faire toucher du doigt quelques-unes des difficultés pratiques auxquelles se heurte la réalisation dans l'armée d'un service dentaire rationnel. Ces difficultés, prises isolément, sont peu de chose, mais elles forment à l'heure actuelle un faisceau dont une volonté persévérante et systé-

matique peut seule avoir raison. Pour cette volonté directrice, un programme d'ensemble, même incomplet, est avant tout nécessaire. Il permettra de coordonner les efforts, d'effacer les divergences d'opinion, de forcer les lenteurs ou les résistances des rouages administratifs.

C'est dans l'espoir d'aider à l'établissement d'un pareil programme qu'on a rédigé la présente note et qu'on la termine par le vœu sincère de recevoir bientôt dans les garnisons les « instructions complémentaires » dont cette circulaire avait parlé.

Nous avons souvent entretenu nos lecteurs de la question des services dentaires dans l'armée, qui a fait l'objet d'un des principaux de nos Sociétés professionnelles, aujourd'hui en voie de réalisation.

La circulaire récente de M. Chéron à ce sujet a provoqué des tentatives de diverses natures pour l'organisation de ces services, mais jusqu'à présent on n'est arrivé à aucune forme définitive.

Nous avons tenu, comme on l'a vu par les articles que nous avons publiés, à avoir l'avis des hommes les plus autorisés en la matière afin d'exposer les diverses conceptions possibles actuellement. C'est ainsi que nous donnons ci-dessus un article dû à une personnalité qui envisage la chose à un point de vue différent.

Nous exposerons dans une étude d'ensemble les conditions qui nous paraissent les meilleures pour assurer à la fois la situation des chirurgiens-dentistes militaires et les soins d'hygiène dentaire des soldats.

C. GODON.

REVUE DES REVUES

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES GINGIVITES ET DES PYORRHÉES ALVÉOLAIRES

Par MM. Pierre Rosenthal et Albert Berthelot.

(Présentée par M. Yvon.)

Tous ceux qui ont eu à traiter des gingivites ou des pyorrhées alvéolaires savent avec quelle ténacité désespérante elles résistent aux agents habituellement employés ; le siège de ces affections est la cause principale de leur durée et cette durée même explique le peu d'action de leur traitement extemporané. Vestibule du tube digestif, la bouche se trouve dans des conditions d'infection permanente ; pour lutter contre cette infection, nous avons pensé qu'il serait peut-être possible d'appliquer les théories de M. Metchnikoff sur le rôle empêchant de certains microbes acidogènes vis-à-vis des microbes de la putréfaction et des microbes pathogènes qui exigent pour se développer un milieu neutre ou faiblement alcalin. Nous avons songé, en un mot, à modifier temporairement le milieu buccal en y faisant prédominer un ferment lactique dont la présence continuelle devait aboutir à la disparition des micro-organismes qui causent ou entretiennent l'infection gingivale ; nous comptions en même temps sur l'action topique d'une légère acidité lactique constamment entretenue, l'acide l'actique étant, comme on le sait, un excellent modificateur des états pathologiques des muqueuses et un des meilleurs agents actuellement utilisés dans le traitement des gingivites.

Pour obtenir cette prédominance du bacille lactique dans la flore buccale, il était nécessaire de pratiquer un ensemencement massif ; après quelques essais, nous nous sommes rendu compte qu'il était impossible de le réaliser au moyen de cultures en milieux liquides telles qu'on les obtient habituellement et nous avons été forcés d'adopter le mode opératoire suivant :

Nous avons utilisé un bacille isolé d'un yohourth d'origine bulgare et reconnu capable de produire une très forte quantité d'acide lactique[1] ; c'est ce même « bacille bulgare » que M. le professeur Metchnikoff[2] a préconisé dans la lutte contre l'auto-intoxication intesti-

---

1. *Cohendy*, C. R. Soc. Biologie, 17 mars 1906 ; *Bertrand* et *Weismeiller*, Ann. Institut Pasteur, 1906, p. 977.
2. Essais optimistes, p. 233.

nale et dont M. Cohendy [1] a montré les heureux effets dans le traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Ce microbe était ensemencé dans du bouillon de haricots lactosé et après quarante-huit heures de développement à l'étuve à 37° les cultures étaient centrifugées ; le résultat de cette opération était, d'une part, un liquide fortement chargé d'acide lactique, d'autre part, un dépôt pâteux, une sorte de bouillie épaisse constituée presque uniquement par des corps microbiens. C'est ce dépôt que nous avons employé pour nos expériences, l'utilisant aussi peu de temps que possible après sa préparation ; il faut remarquer néanmoins qu'il se conserve à *basse température* sans grandes précautions d'asepsie à cause de son acidité et que les bacilles gardent toute leur vitalité pendant au moins une huitaine de jours.

Pour pratiquer l'ensemencement de la cavité buccale, nous projetions, à l'aide d'une pipette à bout effilé et recourbé, dans le vestibule et sur le plancher de la bouche, dans les culs-de-sac gingivaux et tous les espaces interdentaires, un peu de bouillie bactérienne délayée dans une aussi petite quantité que possible d'une solution aqueuse, stérile [2], de lactose à 5 p. 100. Il va sans dire que cette opération était toujours précédée de l'exclusion de tout le tartre dentaire et d'un lavage soigneux de la cavité buccale, nettoyage effectué naturellement avec de l'eau bouillie à l'exclusion de tout antiseptique.

Mais il ne suffisait pas de réaliser cette infection forcée par le bacille lactique, il fallait surtout la maintenir pendant toute la durée du traitement ; nous avons obtenu cette persistance en répétant l'ensemencement à la pipette tous les deux jours, en prescrivant aux malades de pratiquer les soins habituels de la bouche avec des cultures liquides de bacille lactique et en exigeant d'eux qu'ils fassent pénétrer fréquemment dans les espaces interdentaires une petite quantité d'une poudre composée de 9 parties de lactose stérilisé pour 1 partie de bacilles secs : dans la pratique courante, cette poudre pourrait être utilisée sous forme de comprimés que les malades laisseraient séjourner dans la bouche. Les bacilles secs sont obtenus très facilement en desséchant *rapidement* à 35° dans le vide, sur l'acide sulfurique, le dépôt de centrifugation étendu en couche très mince sur des plaques de verre ; si l'on prend la précaution de n'opérer que sur des bacilles centrifugés une seconde fois après un ou deux lavages destinés à éliminer l'acide lactique restant, on obtient des microbes secs qui sont susceptibles de se développer à nouveau même après vingt jours de conservation.

---

1. C. R. Soc. Biologie, février, mars, mai, 1900.
2. Le lactose commercial renferme toujours des spores dont il importe d'éviter l'introduction dans la cavité buccale au cours du traitement acide.

Moyennant toutes ces précautions, nous avons obtenu des résultats très encourageants, nous avons notamment traité avec plein succès des gingivites ayant résisté aux agents habituels,nous avons vu en huit jours évoluer vers la guérison une pyorrhée datant de plus d'un an, et une trentaine d'observations tout aussi concluantes nous permettent de croire que l'emploi méthodique des bacilles lactiques, suivant le mode opératoire que nous venons d'indiquer, constitue le traitement de choix des états inflammatoires chroniques de la muqueuse buccale.

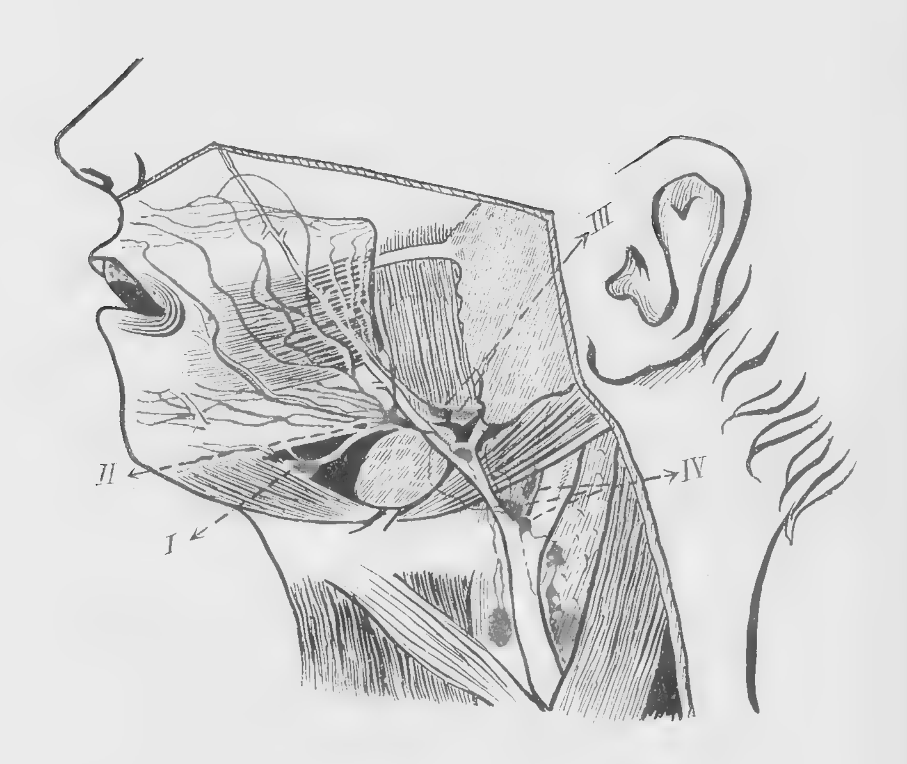
Nous tenons à répondre dès maintenant à une objection qu'on ne peut manquer de nous faire relativement à la possibilité des caries d'origine acide sous l'influence de l'acide lactique constamment élaboré. Cette objection est sans portée, eu égard aux topiques actuellement préconisées : acide lactique concentré, acide sulfurique, etc..., appliqués, il est vrai, extemporanément, mais éventuellement beaucoup plus dangereux pour l'intégrité des dents que la faible quantité d'acide fabriquée par les bacilles lactiques, quantité si faible que nous avons rarement vu sous son influence rougir le papier de tournesol.

C'est d'ailleurs un fait avéré que les Égyptiens et les Bulgares, qui consomment d'une façon constante des laits caillés fortement acides, ont une excellente dentition. Nous ferons surtout observer *qu'il ne s'agit pas d'établir définitivement dans la bouche une flore acide, mais qu'il s'agit d'un traitement de courte durée,* car nous avons toujours vu l'amélioration et la guérison apparaître en un laps de temps variant de sept à vingt-cinq jours. Nous nous proposons d'ailleurs de poursuivre ces expériences et d'établir l'influence que peut avoir le traitement lactique sur la flore normale ou pathologique de la bouche.

En terminant, il nous semble utile de faire remarquer qu'on pourrait utiliser en thérapeutique, avec de multiples avantages, la centrifugation des cultures lactiques ; les laits aigris, les cultures en bouillon de malt sont certainement excellents, mais il est cependant des cas où l'emploi des corps microbiens seuls serait bien préférable. Les bacilles lactiques centrifugés frais ou desséchés après lavage nous paraissent répondre à de multiples indications, soit qu'on veuille par exemple déterminer un ensemencement rapide et massif du tube intestinal, soit qu'on désire, comme nous l'avons fait, mettre localement à profit en un point quelconque de l'organisme les propriétés bienfaisantes de la flore lactique.

(*Société de thérapeutique*, 8 avril 1908, *Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1908, p. 698.)

Planche I.



LES LYMPHATIQUES DES GENCIVES ET DES DENTS

Par M. Cavalié.

Les lymphatiques des gencives et des dents n'avaient pas pu jusqu'à ces derniers temps être mis en évidence, lorsque un mémoire important publié par M. Georg Schweitzer, chirurgien-dentiste à Berlin, en 1907[1], nous a apporté les résultats probants d'injections des lymphatiques de ces régions ; l'auteur s'est principalement servi du procédé de Gérota qui a donné pour d'autres territoires de si remarquables avantages sur le procédé au mercure.

I. — Les lymphatiques des gencives, leurs voies d'écoulement vers les ganglions.

Des réseaux lymphatiques très délicats sillonnent les gencives. Ils sont situés dans le derme de la muqueuse. De ces réseaux partent des voies d'écoulement qu'il faut distinguer en externes et en internes.

Les voies d'écoulement externes recueillent la lymphe de la gencive qui recouvre le versant externe ou vestibulaire des arcades dentaires supérieure et inférieure ; elles se rendent dans les ganglions sous-maxillaires de la façon suivante :

Les voies lymphatiques externes de la région gingivale correspondant aux molaires supérieures et inférieures se rendent au ganglion sous-maxillaire placé entre l'artère faciale et la veine faciale antérieure, ou bien sur le côté de cette veine, ou bien dans l'angle formé par le confluent de la veine faciale antérieure et de la veine faciale postérieure — **c'est le ganglion sous-maxillaire III.** *Les voies lymphatiques externes de la région gingivale correspondant aux incisives inférieures se jettent dans* **le ganglion sous-maxillaire I,** *placé en dehors de la ligne médiane, dans l'angle antérieur du triangle sous-maxillaire contre la veine sous-mentale, sur le muscle mylohyoïdien non loin du ventre antérieur du digastrique et du bord du maxillaire. Les lymphatiques externes de toutes les autres régions gingivales vestibulaires des 2 maxillaires se jettent dans le* **ganglion sous-maxillaire II**, *placé contre l'artère faciale sous le bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire.*

---

1. *Georg Schweitzer.* — Ueber die Lymphgefässe des Zahnflesches und der Zähne beim Menschen und bei Saügethieren ; — Archiv für Mikroskopische Anatomie — von Hertwig, La Valette St-George und Waldeyer — 1907 Band 69 — Seite 807 — 908.

Nota. — Les ganglions sous-maxillaires I, II, III, sont reliés entre eux par des anastomoses et sont reliés par des vaisseaux assez gros avec un groupe ganglionnaire situé au niveau de l'embouchure de la veine faciale dans la veine jugulaire interne et appartenant à la catégorie des ganglions cervicaux profonds.

Les voies d'écoulement internes recueillent la lymphe de la gencive qui tapisse le versant interne (palatin ou lingual) des arcades dentaires supérieure et inférieure.

A) Celles qui proviennent du versant palatin de l'arcade dentaire supérieure de la muqueuse palatine et de la muqueuse des piliers se rendent directement au groupe ganglionnaire cervical profond placé à l'embouchure de la veine faciale dans la veine jugulaire interne.

Nota. — Les ganglions droits reçoivent les lymphatiques du côté droit, les ganglions gauches ceux du côté gauche mais il n'est pas rare d'observer un entrecroisement plus ou moins compliqué sur le milieu de la voûte palatine, en sorte que les lymphatiques d'un côté se rendent en partie dans les ganglions homologues du côté opposé.

B) Celles qui proviennent du versant lingual de l'arcade dentaire inférieure se rendent les unes en petit nombre (région des incisives) au **ganglion sous-maxillaire I** après avoir traversé le mylo-hyoïdien ; les autres traversent le plancher de la bouche et se rendent **au groupe ganglionnaire jugulaire** indiqué plus haut ; quelques rameaux s'arrêtent au **ganglion sous-maxillaire III**.

En résumé, les ganglions régionaux pour les gencives sont :

Les ganglions sous-maxillaires I, II et III, le groupe ganglionnaire jugulaire des ganglions cervicaux profonds.

II. — Les lymphatiques des dents et leurs voies d'écoulement vers les ganglions.

Schweitzer a réussi à injecter dans la pulpe des dents soit avant, soit après l'éruption de ces dents, des vaisseaux lymphatiques qui forment des réseaux de la pulpe de la chambre coronaire et qui constituent de petits troncules cheminant le long de la pulpe radiculaire.

Les voies d'écoulement de la lymphe pour la pulpe des dents de l'arcade dentaire supérieure sont dans le maxillaire supérieur, suivent de petits pertuis, ou bien atteignent le canal sous-orbitaire, s'infléchissent en dehors et descendent vers les **ganglions sous-maxillaires II et III.**

Les voies d'écoulement de la lymphe pour la lymphe de la pulpe des dents de l'arcade dentaire inférieure suivent le canal dentaire inférieur, en sortent au niveau de l'épine de Spyx et vont se jeter en grande partie au groupe ganglionnaire jugulaire appartenant aux ganglions cervicaux profonds. Quelques rameaux se rendent aux ganglions sous-maxillaires III.

Les ganglions sous-maxillaires I, II et III, et le groupe ganglionnaire du confluent de la veine faciale et de la veine jugulaire interne (groupe cervical profond) méritent la désignation que leur a donnée *Waldeyer* de *ganglions lymphatiques dentaires*.

Il est aisé désormais d'établir une relation entre le siège d'infections gingivales ou dentaires et les groupes ganglionnaires frappés.

L'importance de ce fait pour la clinique n'échappera à personne.

Je me propose de publier ultérieurement ici un certain nombre d'observations concernant la localisation ganglionnaire systématique dans les lésions gingivales et dentaires.

(*Bibliographie dentaire*, avril 1908, p. 101.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 mai 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le mardi 5 mai 1908, à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Touchard, président.

M. Ferrand se fait excuser de ne pouvoir faire la présentation d'articulateur inscrite à l'ordre du jour.

I. — Présentation d'un opéré porteur d'un voile artificiel, par M. Delair.

M. Delair. — Il y a 6 ans, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie de Paris une série de sept fissurés porteurs de mon voile artificiel à clapet.

Vous savez comment je suis arrivé à faire parler ces mutilés, grâce à mon appareil. Je n'en ai pas présenté depuis parce que j'aurais trouvé fastidieux pour la Société d'Odontologie d'entendre encore parler du même sujet.

Mais il y a quinze mois, j'ai été sollicité par un éminent chirurgien des hôpitaux de Paris, qui opère beaucoup de staphylorrhaphies, de m'occuper de ceux qui, à la suite de cette opération, n'auraient pas bénéficié de tous les bienfaits qu'elle peut donner en ce sens que lorsqu'un fil ou deux échappent à la partie postérieure du voile, celui-ci se trouve trop court après la cicatrisation. En effet si la déglutition est assurée, si elle est rétablie normalement, la phonation reste tout au moins défectueuse.

J'avouai à ce chirurgien que je n'avais jamais tenté la chose, mais je lui dis que peut-être bien que mon clapet pourrait suppléer au manque de longueur du voile. Je fis donc un essai, puis plusieurs, sur des enfants et sur des adultes et je réussis fort bien, le clapet agit aussi bien chez les patients dont le voile est trop court que pour les fissurés n'ayant pas été opérés.

Il y a quelques semaines un autre chirurgien des hôpitaux de Paris m'a prié de m'occuper d'un de ses staphylorrhaphiés, son voile était trop court. L'opération a bien rétabli la déglutition, mais pas la phonation, comme vous allez vous en rendre compte tout à l'heure restait très défectueuse.

J'ai placé mon appareil, comme mon patient le disait tout à l'heure à Monsieur le président, il y a 15 jours environ.

Or vous savez qu'il y a 15 jours c'était le moment des vacances de Pâques. Je suis parti à cette époque en province et je n'ai revu mon malade que ces jours-ci. Aujourd'hui je lui ai placé l'appareil définitif, c'est-à-dire le clapet. Vous vous souvenez sans doute que je procède toujours par étapes. Je mets d'abord un petit diminutif du voile, puis un autre plus long, et enfin le clapet. Mon appareil à clapet est composé de deux parties, le voile proprement dit rétablissant la voûte palatine, puis un clapet.

Mon appareil nouveau, pour les staphylorrhaphiés, consiste en un clapet articulé sur une languette étroite de caoutchouc. Il s'insère entre les piliers et s'étale en arrière d'eux dans le pharynx nasal. Je vais donc vous présenter de suite mon malade.

Voici ce jeune homme qui a un bec de lièvre, comme vous le voyez, il a été opéré et porte maintenant mon appareil qu'il va vous faire voir.

Le voile était parfaitement reconstitué, mais la parole reste très défectueuse, comme vous pouvez en juger lorsqu'il parle sans le clapet.

Je vous présente ce cas pour vous montrer combien est prompt le résultat obtenu avec mon clapet. C'est là surtout ce que je désirais vous faire observer.

Le malade va replacer lui-même son appareil, vous allez lui demander depuis combien de temps il porte cet appareil et vous vous rendrez compte des résultats acquis, sans qu'il ait eu aucune leçon.

(Le malade est présenté à l'assemblée. Il est questionné par les membres présents auxquels il répond alternativement avec et sans son appareil.)

Quand je lui aurai donné des leçons de phonation, il parlera certes bien mieux.

On a dit en effet : si M. Delair obtient des résultats, c'est parce qu'il fait l'éducation de ses sujets.

C'est entendu, je leur donne des leçons après la pose de mes appareils pour perfectionner leur parole, mais voici un jeune homme auquel je n'ai donné aucune leçon, par conséquent la façon dont vous venez de l'entendre parler, est bien le seul fait immédiat de la pose du clapet, alors qu'il n'a ce clapet que depuis deux heures seulement. Quand il aura un peu plus d'habitude de l'appareil et fait un peu de phonétique, il parlera très clairement.

M. le président. — M. Delair nous présente ce malade pour prendre date.

M. Delair. — Parfaitement. Je dirai aussi que je me propose pour le Congrès de Clermont de présenter les 6 observations que j'ai faites déjà. Celle-ci est la septième et le résultat a été chaque fois le même.

II. — La méthode aspiratrice dans le traitement de la carie du quatrième degré et de ses complications, par M. et Mme Fildermann.

M. Fildermann. — Il existe actuellement un seul traitement du quatrième degré de la carie. Ce traitement se réduit à ceci :

Passer dans la cavité des sondes qui ont la prétention de débarrasser cette cavité des choses putrides, organiques. Ensuite promener dans cette même cavité des mèches imbibées de substances antiseptiques.

Quelles que soient les substances dont on se sert, cela revient aux mêmes tendances : on cherche à provoquer la stérilisation de la cavité de la dent par des antiseptiques.

Nous avons pensé que cette façon de procéder ne donnait pas des résultats suffisamment certains. Elle présente de plus comme inconvénient que son application demande des journées, des semaines et des mois entiers de traitement ; la durée du traitement tient uniquement au fait que cette méthode, méthode antiseptique par excellence, ne peut pas donner d'autres résultats.

Ce n'est pas seulement dans le traitement de la carie pénétrante que j'ai pu constater la confiance excessive des dentistes dans les antiseptiques. C'est aussi dans toutes les manipulations professionnelles, chirurgicales, que j'ai pu constater le peu d'attention qu'on prêtait encore aux méthodes aseptiques.

C'est pourquoi nous avons tenté de substituer à la méthode antiseptique, encore en honneur en chirurgie dentaire, un procédé qui puisse se rapprocher le plus possible des méthodes aseptiques en honneur dans la chirurgie générale.

C'est pourquoi nous avons imaginé un procédé que je me contenterai de vous exposer en laissant de côté toute la partie critique du traitement du la carie pénétrante que nous avons déjà eu l'occasion d'exposer ailleurs. Notre procédé consiste en ceci : tout d'abord asepsie rigoureuse de tout ce qui doit approcher du malade. Nous pensons en effet qu'on peut parfaitement appliquer à l'asepsie la formule mathématique qui s'applique à l'attraction universelle en disant que les chances d'infection sont inversement proportionnelles au carré de la distance. En conséquence tout ce qui doit approcher, toucher de près le malade et surtout la cavité à stériliser, doit être rigoureusement stérilisé. Nous avons pensé qu'il ne suffisait pas de plonger un instrument dans de l'eau bouillante pour proclamer cet instrument aseptique. Nous avons pensé qu'il ne suffisait pas de se laver les mains dans de l'eau savonneuse ou du sublimé pour les promener ensuite dans la cavité buccale, pour rouler avec ses doigts les boulettes de coton qu'on porte dans la cavité à stériliser.

C'est pourquoi nous nous servons de gants en caoutchouc qui ont été stérilisés, bouillis préalablement. Nous supprimons toute introduction de mèche de coton dans les dents. Nous soumettons les instruments qui doivent toucher le malade à la stérilisation par l'ébullition, c'est-à-dire en mettant nos instruments dans de l'eau froide et en les laissant bouillir pendant quinze minutes. La stérilisation par l'autoclave n'est pas possible dans tous les cabinets dentaires.

Nous procédons ensuite à la préparation du champ opératoire; nous pensons que la règle qui est applicable en chirurgie générale et qui exige la préparation du champ opératoire avant toute manipulation doit être appliquée aussi bien en chirurgie dentaire ou jusqu'à présent on prépare le champ opératoire, on pratique un nettoyage, après avoir fini toutes les opérations. Nous, nous procédons à un nettoyage complet de la bouche et en particulier de la région qui environne la dent à traiter.

*
* *

Voici maintenant ce que notre méthode a de particulier, d'abord au point de vue de l'instrumentation :

Un tube trifurqué, composé d'une partie courte et élastique destinée à coiffer la couronne de la dent et de trois branches en communication : la première avec une pompe aspiratrice, la deuxième avec un ballon d'oxygène, la troisième avec un récipient à formol.

Nous commençons tout d'abord par aspirer vigoureusement avec la pompe aspiratrice. C'est une petite pompe qui a environ 50 à 60 centimètres cubes de capacité. Nous donnons de 20 à 25 coups de pompe. Nous croyons débarrasser ainsi aussi complètement que possible la cavité de la dent, les canaux et l'alvéole de tous les produits liquides et gazeux qui s'y trouvent et d'une très grande partie des produits organiques de petit volume. Les parties volumineuses ont été enlevées avec les gros instruments dont on dispose dans l'art dentaire. Nous ne dédaignons pas de nous servir des sondes tire-nerfs parce que ce sont des instruments qui retirent beaucoup de parties organiques, mais par contre nous laissons complètement de côté les sondes simples parce qu'elles refoulent dans les parties alvéolaires profondes les parties organiques qui se trouvent dans la dent.

Nous laissons un petit moment l'aspiration se faire et nous fermons le tube qui met en communication avec la pompe. Ensuite nous ouvrons le tube qui met en communication la cavité dentaire avec le ballon d'oxygène. Immédiatement l'oxygène est aspiré, puisque le vide régnait dans la dent.

Nous provoquons même une pression dans le ballon d'oxygène pour favoriser le plus possible l'oxydation des parties nécrosées qui

peuvent se trouver dans la dent. Ensuite nous fermons le ballon d'oxygène et nous faisons de nouveau une aspiration avec notre pompe, de façon à retirer les parties oxydées qui peuvent se trouver dans la dent. Après avoir fait une dernière aspiration, nous mettons la dent en communication avec le troisième tube, qui est en communication lui-même avec le récipient contenant une partie de formaline et quatre parties d'eau. Nous portons ce liquide à l'ébullition. Les vapeurs de formol se précipitent alors avec énergie dans la cavité dentaire. Nous les laissons agir un certain temps. L'opération est terminée ensuite par l'obturation immédiate de la dent à la gutta. Dans certains cas nous rencontrons des difficultés à obtenir l'étanchéité complète au niveau de la dent. On ne peut effectivement pas toujours appliquer le tube en caoutchouc. Dans les cas par exemple où la couronne est partiellement ou entièrement détruite, nous avons recours à différents subterfuges qui nous ont toujours réussi jusqu'à présent. Dans certains cas nous avons introduit dans l'intérieur du canal une aiguille de seringue de Pravaz épointée. Cette aiguille a été mise en rapport avec nos tubes trifurqués. Dans d'autres cas, nous avons appliqué sur la dent une couronne en celluloïd. Dans d'autres cas encore, nous avons introduit dans l'intérieur des dents, quand elles avaient plusieurs canaux, un tube spécialement construit. C'était un petit tube en métal entouré d'une petite collerette en métal et dont l'autre extrémité l'élargit un peu de façon à recevoir un tube de caoutchouc trifurqué.

Je dois dire de suite que toute cette instrumentation est encore imparfaite. Nous l'améliorerons. Jusqu'à présent, nous nous en servons très bien parce que nous sommes deux, mais nous espérons prochainement avoir des instruments suffisamment parfaits pour mettre la méthode à la portée de tout le monde.

Les résultats que nous avons obtenus avec ce système ont été excellents jusqu'à présent. Nous avons déjà publié dix-sept observations. Nos prévisions n'ont pas été réalisées tout à fait comme nous l'aurions voulu, néanmoins les résultats sont suffisamment intéressants pour que nous puissions continuer nos recherches.

Sur dix-sept observations que nous avons publiées, nous avons eu quelques rechutes dans les cas de caries compliquées de fistules. Toutes les caries pénétrantes simples sans fistules ont guéri en une séance.

Les plus anciennes de ces observations remontent à trois mois. C'est probablement insuffisant pour pouvoir nous prononcer d'une façon définitive. Ce qui est certain c'est que jusqu'à présent nous n'avons eu aucun cas de récidive dans les caries du quatrième degré sans fistule.

Nous avons jusqu'à aujourd'hui eu une trentaine de cas et ils ont

tous guéri en une seule séance. Nous avons eu en revanche des récidives, sauf dans deux cas, sur huit cas compliqués de fistules. Je me l'explique actuellement parce que je pense que si notre méthode donne une désinfection suffisante d'une cavité presque inerte, comme l'est la cavité d'une dent cariée au quatrième degré, elle ne produit pas une asepsie suffisante dans le maxillaire fistuleux.

Dans les cas de fistule nous obtenons quand même des résultats encourageants : presque tous les cas que nous avons eu en traitement ont guéri après une application de la méthode aspiratrice sur l'orifice de la fistule.

Nous désinfectons d'abord la dent, nous obturons ensuite à la gutta. Puis nous laissons les choses évoluer. Il se produit d'abord régulièrement ceci : la fistule se ferme, guérit. Elle reste fermée un mois, cinq semaines, six semaines, deux mois, mais il y a une récidive. A ce moment-là nous appliquons la méthode aspiratrice simple sur l'orifice fistuleux. Ce n'est là qu'une variante de la méthode de Bier. La méthode de Bier est une méthode qui est probablement connue par quelques-uns d'entre vous.

Bier a prouvé que le sang contenait tout ce qu'il fallait pour assurer la défense de l'organisme dans la région assaillie par l'infection. Il imite donc avec sa méthode les procédés naturels en provoquant une stase hyperémique, soit en appliquant une bande élastique à la racine du membre pour provoquer la stase et l'œdème de la région infectée, soit en appliquant une ventouse. Il y a des centaines de variétés de ventouses applicables à toutes les régions.

La ventouse est mise en communication avec une pompe aspirante. On fait le vide ce qui détermine un appel vigoureux du sang vers la région infectée. Bier a obtenu des résultats merveilleux dans toutes les infections dans la tuberculose même. Nous, nous appliquons le même système dans le traitement des fistules dentaires, dans les cas de carie du quatrième degré. De cette façon nous obtenons la guérison même dans les cas de carie du quatrième degré compliqués de fistule.

Cependant cette partie est encore à l'étude, parce que l'expérience nous a prouvé que dans les cas compliqués de fistule on pouvait avoir des récidives à très longue échéance. On a vu des cas de récidive après dix ans ou vingt ans.

Nous ne pouvons évidemment pas attendre aussi longtemps avant de nous prononcer. Ce qui est encourageant pour notre méthode, c'est que dans une trentaine de cas de carie pénétrante tous nos malades ont guéri. Nous avons fait une obturation provisoire et au bout d'un mois nous avons fait l'obturation définitive.

M. L. Lemerle. — La communication de notre collègue est très intéressante. Elle le serait encore bien davantage s'il pouvait nous

faire une démonstration pratique de son procédé lors d'une de nos réunions du dimanche.

M. le président. — C'est là ce que je me proposais de dire également.

L'exposé qui nous a été fait est très intéressant, très clair, très savant, mais je crois que M. Fildermann ajouterait à l'intérêt de sa communication s'il voulait bien nous faire une démonstration pratique de son procédé. Cela nous familiariserait avec l'appareil qui nous a été décrit par lui.

M. Fildermann. — Nous ne pourrons faire une démonstration que lorsque nos instruments seront réellement pratiques. Actuellement ils ne le sont pas suffisamment. Nous désirons attendre quelques mois encore.

M. Francis Jean. — M. Fildermann n'a pas indiqué la façon dont il obture les canaux.

M. Fildermann. — Nous enlevons d'une main notre tube, très rapidement, puis de l'autre main nous mettons une boulette de gutta, afin que la salive ne pénètre pas dans la cavité. Nous n'obturons pas les canaux, nous laissons la cavité radiculaire simplement remplie de vapeur de formol condensé.

M. Amoëdo. — Le traitement de dents à pulpe morte constitue une question trop grave, pour qu'on laisse passer sans discussion la communication qu'on vient de nous faire. La question du traitement de la carie du quatrième degré est une chose à laquelle j'ai donné tous mes soins depuis une trentaine d'années. J'en ai condensé tous les travaux, dans le rapport qui m'a été confié lors du Congrès de médecine, il y a cinq ans, à Madrid.

Le premier travail que j'ai présenté à Paris en 1889 [1] avait trait aux caries du quatrième degré. C'est vous dire combien je m'occupe et me suis occupé de cette question. Il y a quelques points de la communication qui vient de nous être faite, qu'il faudrait discuter. Par exemple : on nous dit que jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés exclusivement que des antiseptiques et que nous n'avons pas encore mis en pratique, dans la chirurgie dentaire, les méthodes d'asepsie employées dans la chirurgie générale. Aussitôt après, l'orateur nous présente comme un traitement de la carie, une vaporisation de formol, et vous savez tous, que le formol est un des antiseptiques les plus puissants, que nous possédions. Par conséquent la méthode aseptique seule n'est pas employée.

Quant à la préparation du champ opératoire, on a pu lire dans le journal *L'Odontologie* une communication que j'ai faite sur l'emploi

---

1. *Amoëdo.* « Traitement des dents mortes avec obturation immédiate des racines. » Comptes rendus, Congrès dentaire international, Paris, 1889.

du nitrate d'argent en chirurgie dentaire. Dans cette communication je disais que je procédais à une désinfection de la bouche au moyen du nitrate d'argent, qu'ainsi je désinfectais tous les collets. De la sorte on peut entreprendre le traitement du quatrième degré sans risquer des cas d'intoxication de l'individu par lui-même. Quant au procédé qui consiste à employer des gants pour opérer, ce n'est pas pratique. Je sais très bien qu'on exige le port des gants dans certaines opérations de chirurgie générale, mais je sais aussi combien sont dispendieux ces gants de caoutchouc et, ma foi, je ne vois pas beaucoup l'élégance de ces gants de caoutchouc, dans nos opérations de chirurgie dentaire. Ce serait un encombrement inutile. A mon avis pour avoir de l'asepsie il suffit de faire la désinfection de la bouche et de ne pas toucher avec les doigts ni les sondes, ni rien de ce qui va toucher la cavité. Quant aux boulettes de coton il est certain qu'aussitôt qu'on touche la cavité buccale avec les doigts, en roulant le coton ensuite, on risque d'infecter ce qu'on touche. Or les boulettes de coton nous viennent toutes préparées des Etats-Unis. Pour les prendre et s'en servir, on n'a donc plus qu'à prendre une brucelle. Maintenant, pour ce qui est des mèches de coton qu'on fait pénétrer dans les canaux, je vous dirai que je les fais préparer par une personne qui s'est lavé les mains dans un antiseptique. Il y a un moyen de procéder qui est assez pratique. On fait une provision de mèches qu'on met dans une boîte avec des pastilles de trioxyméthylène, on chauffe la boîte dans laquelle se dégage du formol et les mèches de coton se trouvent complètement aseptisées. Au moment de s'en servir, il n'y a donc plus qu'à prendre les mèches de coton avec une brucelle, on peut être assuré qu'elles sont parfaitement aseptiques.

Quant aux sondes métalliques, il suffit de les passer, leur pointe du moins, sur la flamme. Ce n'est que la pointe qui doit entrer dans la cavité qui a nécessité d'être aseptisée sur une petite flamme de gaz ou d'alcool.

Maintenant je crois que tous mes confrères qui ont une certaine expérience, se garderont de laisser des dents mortes avec des racines vides. C'est un procédé qu'aucun dentiste qui a un peu d'expérience ne pourra conseiller.

La non-obturation des canaux radiculaires est aujourd'hui condamnée, au contraire, par les dentistes instruits du monde entier.

S'il est vrai qu'on peut avoir soin d'éviter au moment de l'opération la pénétration de substances étrangères quelconques du côté de la cavité buccale, du côté de la dent, il y a toujours le côté de l'apex qui est ouvert et par cette voie les liquides et les gaz peuvent passer, et ceci donnera sûrement la formation d'abcès et de fistules que vous pouvez ne pas voir se produire en trois mois. Ce sont des cas qui se présentent au bout de trois, quatre ou cinq ans.

L'expérience qu'a M. Fildermann n'est donc pas suffisante pour que cela puisse encourager à utiliser son procédé.

Il est d'ailleurs très facile d'obturer avec les pointes de gutta-percha ; on évite, ainsi, toutes complications ultérieures.

M. Fildermann. — Je remercie M. Amoëdo de me donner l'occasion de m'étendre sur certains points qui doivent probablement intéresser les autres auditeurs.

M. Amoëdo m'a reproché d'avoir dit au commencement de mon exposé, que l'asepsie était un peu négligée aujourd'hui et d'avoir ajouté, tout de suite après, que je me servais du formol, ce qui constitue une incursion dans la méthode antiseptique. Eh bien, ce que je reproche ce n'est pas la présence des antiseptiques et leur emploi dans notre pratique courante, mais c'est bien l'absence de l'asepsie. La présence d'un antiseptique n'empêche pas l'emploi des méthodes aseptiques. Quelqu'un se lave les mains, il fait de l'asepsie. Il lui est loisible ensuite d'employer un antiseptique pour renforcer ce qu'il pense avoir obtenu de l'asepsie. Je ne fais pas du tout fi de l'antisepsie. Je dis seulement qu'on a beaucoup moins confiance maintenant dans l'antisepsie et c'est pourquoi on s'applique à entrer dans la voie de l'application des méthodes aseptiques. Quant aux antiseptiques, on ne s'en sert que là où ces produits ne nuisent pas par l'irritation qu'ils produisent toujours.

Un praticien qui roule son coton et le trempe dans une solution antiseptique est convaincu avoir bien agi et croit que cela suffira pour détruire tout ferment, tout germe qu'il aura mis lui-même dans son coton et dans la dent qu'il traite. Ceci est une application de la méthode antiseptique. Je demande qu'on se serve de la méthode *aseptique et antiseptique*, c'est pourquoi je dis que le gant est indispensable. J'estime d'ailleurs que c'est une précaution dont le bénéfice revient au dentiste lui-même. Vraiment ce n'est pas un simple lavage à l'eau et au savon qui peut débarrasser les mains de toutes les impuretés qui les auront souillées. Le milieu buccal est le milieu le plus infect de tout l'organisme. Vous savez d'ailleurs qu'un simple savonnage ne suffit pas. Il y a des expériences multiples de cultures obtenues fécondes avec des mains qui ont été lavées et désinfectées. Après une demi-heure de lavages, de savonnages, on a encore pu obtenir des cultures positives. Quand vous avez promené votre main dans tant de milieux infectés vous ne pouvez certes pas avoir la prétention d'avoir débarrassé vos mains des microbes qu'elles ont récoltés, par un simple lavage, même après les avoir plongées dans un antiseptique, dans un peu de sublimé, par exemple. Si ce n'est pas dans l'intérêt du malade qu'il conviendra d'employer les gants, ce sera dans l'intérêt même de l'opérateur. Il faudrait se servir des gants d'une façon générale. Les dentistes ont été encou-

ragés par ce fait que les cas de contamination sont excessivement rares dans le milieu buccal. J'ai vu des doigts qui à peine savonnés allaient se promener dans les plaies anfractueuses, remplies de caillots de sang que laissent après elles les extractions dentaires. J'ai rarement vu se produire des cas d'infection par la bouche. Cela ne pourrait se passer ainsi dans aucune autre région du corps humain. On ne se permettrait certainement pas d'ouvrir de si vastes plaies et de promener ensuite ses doigts dedans parce que si on se le permettait, on obtiendrait des cas sérieux d'infection.

Les gants ne gênent pas le dentiste. Je connais des dentistes qui se servent des gants depuis quelque temps, il n'y en a pas qui se soient trouvés gênés par leur usage.

M. Amoëdo a parlé des différentes façons d'éviter les infections dans la cavité dentaire, il a parlé notamment de la préparation préalable des mèches de coton. Il est certain qu'on pourrait arriver à obtenir la stérilisation de ses mèches non pas par la désinfection rudimentaire dont il a parlé, mais par le passage à l'étuve. De cette dernière façon on pourrait arriver à avoir des mèches stériles. Mais néanmoins, le fait de promener des mèches de haut en bas dans la cavité dentaire suffit pour infecter celles-ci. Avec votre mèche entrant à frottement dans la cavité dentaire, dans le canal, vous entraînez des particules infectées qui se trouvent dans la partie pulpaire et dans la région supérieure du canal et vous poussez tout cela dans la profondeur de la dent.

Pour la désinfection des instruments le flambage est absolument insuffisant parce que si la pointe est portée à une haute température cela est suffisamment désinfecté ; le reste de l'instrument ne l'est pas.

M. Amoëdo. — La pointe de l'instrument est la seule partie qui touche le malade.

M. Fildermann. — D'accord, mais vous infectez le malade par la partie supérieure de l'instrument qui peut le toucher, vous infectez aussi vos doigts. En ayant en mains votre instrument, il suffirait effectivement de ne pas toucher votre patient, mais avec votre main gauche vous soulevez sa lèvre, et cette main gauche vous la promenez partout dans ce milieu infect qu'est la bouche. Ensuite vous vous contentez généralement d'un simple savonnage et vous continuez à promener votre main dans une autre bouche. En chirurgie générale, en médecine il ne pourraît en être ainsi.

M. le président. — Il me semble cependant bien difficile d'admettre qu'il puisse se rencontrer des praticiens qui négligent de se laver les mains dès qu'ils en ont fini avec un patient.

M. Fildermann. — Les lavages sont absolument insuffisants. Il y a des expériences qui ont été faites dans tous les pays. Malgré

trente minutes de lavages au savon, au permanganate, et avec d'autres puissants antiseptiques on a réussi à obtenir des cultures positives.

M. le président. — Ce sont là des précautions qui peuvent être de mise dans les grandes opérations ; pour une laparatomie je les comprends, mais pour la bouche, c'est peut-être un peu excessif.

M. Fildermann. — Quand on se sert de gants dans la laparatomie, c'est pour protéger le péritoine, quand on les met pour opérer dans des cavités septiques, c'est pour protéger les mains du chirurgien. Dans nombre de cavités buccales on peut rencontrer les germes de grandes maladies infectieuses (pneumonie, rougeole, scarlatine, méningite, diphtérie, tuberculose, etc.), et personne ne prétendra, je pense, qu'un lavage de moins de cinq minutes suffise à débarrasser les mains des germes dont elles se seront imprégnées en soignant dix ou quinze malades, même en tenant compte de ce qu'on se lave régulièrement entre deux malades.

Reste la question des racines vides. Il est admis aujourd'hui par certains et non pas par tout le monde qu'il est défendu de laisser les racines vides parce qu'on obtient des dégagements de gaz et de liquides. Mais ces gaz et ces liquides ne peuvent pas être nuisibles tant qu'ils sont aseptiques. Si vous avez laissé des ferments dans la cavité dentaire, c'est tout autre chose. Naturellement que si vous laissez des vides il va se faire un appel de sérosités dans les vaisseaux voisins et ces sérosités feront un milieu de culture, ce qui vous amènera une nouvelle infection, une récidive. Mais si vous avez obtenu l'asepsie de la cavité vous n'aurez plus à craindre ces sérosités ; certes il se produira un appel de sérosités mais elles boucheront la racine.

M. Roy. — Ce n'est pas moi assurément qui m'élèverai contre les précautions antiseptiques les plus minutieuses pour le traitement des maladies de la bouche et des dents. Cependant il ne faut pas exagérer les choses et je ne voudrais pas non plus qu'on assimilât les opérations dentaires à des opérations abdominales ou de grande chirurgie. Les chirurgiens de chirurgie générale les plus méticuleux dans leurs opérations savent que les conditions ne sont plus les mêmes quand on opère dans la bouche. La bouche est un milieu toujours septique dont l'asepsie absolue est impossible à obtenir ; mais c'est aussi un milieu qui a des moyens de défense inconnus des autres régions. D'après les recherches de Sanarelli ce serait les propriétés bactéricides de la salive, d'après celles de Hugenschmidt ce serait les propriétés chimico-tactiques positives de la salive ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que les plaies buccales, malgré le milieu septique dans lequel elles séjournent, se compliquent beaucoup moins et se guérissent beaucoup plus vite que dans les autres régions. Si

l'on voulait obtenir l'asepsie absolue, telle que paraît vouloir la rêver M. Fildermann, les opérations dentaires seraient absolument impossibles, surtout après ce qu'il vient de nous dire lui-même, avec un peu d'exagération. Il est venu nous dire en effet qu'au bout d'une demi-heure de lavages, non seulement au savon, mais aussi au permanganate et au bisulfite, on trouvait encore des micro-organismes sur les mains. Dans ces conditions ce ne sont pas seulement les opérations dentaires qui deviendraient impossibles, mais ce serait même les opérations de chirurgie générale. Il faudrait à ce compte que le chirurgien se lavât les mains au moins une demi-heure entre deux opérations. Or on fait aujourd'hui pas mal d'opérations chirurgicales dans le monde entier et je ne connais pas encore un seul chirurgien qui passe une demi-heure à se savonner les mains avant une opération ? Cependant les opérations aseptiques, les opérations qui guérissent par première intention sont les opérations courantes aujourd'hui.

M. le président. — Je remercie M. Fildermann de nous avoir donné communication de sa méthode. Je lui renouvelle la demande que je lui ai faite, de nous faire une démonstration pratique dès qu'il le pourra. La discussion de cette question de la carie du quatrième degré, si nous voulions nous y lancer, serait beaucoup trop vaste et trop compliquée. Cela nous entraînerait bien trop loin ce soir. Toutes ces questions sont d'ailleurs connues.

Je donne la parole à M. Amoëdo pour ses communications :

a) *Revue historique sur l'articulation des arcades dentaires et sur les articulateurs anatomiques.* (Avec projections, présentation d'articulateurs.)

b) *La vérité sur la ligne droite articulaire, attribuée par erreur,* par M. Choquet, à M. Tomes.

III. — Revue historique sur l'articulation des arcades dentaires et sur les articulateurs anatomiques, par M. Amoedo.

M. Amoëdo. — A la dernière séance j'ai eu l'honneur d'étudier devant vous l'anatomie de l'articulation temporo-maxillaire, des muscles masticateurs et des arcades dentaires. Ce soir je vais continuer par l'étude des arcades dentaires et la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire et passer ensuite en revue les différents articulateurs et les divers travaux qui ont été faits sur l'articulation temporo-maxillaire et ses applications en prothèse dentaire.

(Il est procédé aux projections. Pour chaque cliché M. Amoëdo donne des explications détaillées.) Cette communication sera publiée ultérieurement.

M. le président. — Je remercie M. Amoëdo du travail qu'il vient

de nous présenter. Cette présentation qui a dû nécessiter un labeur considérable constitue en quelque sorte la synthèse de la question de l'articulation.

IV. — La vérité sur la ligne droite articulaire, attribuée par erreur par M. Choquet a M. Tomes, par M. Amoedo.

Cette question, traitée par M. Amoëdo, donne lieu à une controverse intéressante sur un point de critique ; les éléments en seront publiés.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

5e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

La F. D. N. a été avisée officiellement par le Comité d'organisation du 5e Congrès dentaire international que ce Congrès aura lieu à Berlin du 23 au 28 août 1909.

Le Comité, secondé par tous les dentistes d'Allemagne, tient à ce que cette réunion occupe une grande place dans l'histoire odontologique et il invite cordialement les dentistes français à y prendre part.

Il engage donc la F. D. N. à former sans retard un Comité français de propagande en vue de la participation des confrères français.

Les séances générales se tiendront dans le Palais du Parlement.

L'organisation des sections est déjà terminée. La place nous fait malheureusement défaut pour la reproduire *in extenso*, et nous ne pouvons que donner les noms des membres des bureaux.

Comité d'organisation.

Président : Prof. Dr Walkhoff.
Vice-présidents : Prof. Dr Dieck, Kielscher, prof. Hahl.
Secrétaire général : Schaeffer-Stuckert.
Secrétaire adjoint : Dr Cohn.
Trésorier : Blume.

Comité local berlinois.

Présidents : Prof. Guttmann, Robert Richter, Dr Ritter.
Secrétaires : Weidmann, Guttmann, Marcuse.
Secrétaires adjoints : Mamlok, Pursche, Tidik.
Trésorier : Helt.
Trésorier adjoint : Willmer.

1re *Section.* — Anatomie, physiologie, histologie.

Président : Prof. Dr Dependorf.

2e *Section.* — Bactériologie.

Président : Dr Römer.

3e *Section.* — Chimie, physique, métallurgie.

Président : Birgfeld.

3e *Section* bis. — Photographie scientifique.

4e *Section.* — Diagnostic, thérapeutique spéciale, matière médicale.

Président : Prof. Dr Michel.

5e *Section.* — CHIRURGIE SPÉCIALE.

Président : Prof. Dr Partsch.

5e *Section* bis *:* Prof. Dr Schröder.

6e *Section.* — ANESTHÉSIE LOCALE ET GÉNÉRALE.

Président : Dr Fischer.

7e *Section.* — DENTISTERIE CONSERVATOIRE.

Président : Prof. Dr Sachs.

8e *Section.* — PROTHÈSE ET TRAVAUX A PONT.

Président : Prof. Dr Biegner.

8e *Section* bis. — PORCELAINE.

9e *Section.* — ORTHODONTIE.

Président : Heydenhauss.

10e *Section.* — HYGIÈNE DENTAIRE ET BUCCALE.

Président : Dr Röse.

11e *Section.* — ENSEIGNEMENT ET LÉGISLATION.

Président : Dr Ritter.

12e *Section.* — HISTOIRE ET LITTÉRATURE.

Président : Geist-Jacobi.

Le Président de la F. D. N.,
FRANCIS JEAN.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F.D.I.)

Ainsi que nous l'avons annoncé, M. Sauvez, vice-président de la Fédération dentaire internationale, faisant fonctions de président cette année, par suite de la mort du regretté professeur Miller, président, s'est rendu à Bruxelles le 3 mai pour faire une conférence sur la Fédération aux dentistes de Belgique, convoqués à ce sujet.

Plus de cent cinquante dentistes belges étaient présents, venus de toutes les villes du pays, et les membres les plus éminents de diverses sociétés professionnelles se coudoyaient dans la salle de la Maison des médecins, mise obligeamment à la disposition du conférencier.

M. Sauvez a exposé aux auditeurs qu'il venait leur demander de réserver un aimable accueil aux délégués professionnels de la plupart des pays du monde, qui doivent se réunir les 7 et 8 août 1908 à Bruxelles pour tenir la huitième session annuelle de la F. D. I.

Il a montré que la Fédération tirait son origine du Congrès dentaire international de 1900, qu'elle était constituée par les délé-

gués des divers pays, régulièrement élus dans les congrès dentaires internationaux, qu'elle formait une sorte de grande commission internationale permanente ouverte à tous les dentistes ayant droit d'exercice dans leur pays, soit par un titre dentaire, soit par un titre médical ; il a fait ressortir que la façon libérale dont la Fédération a toujours traité les diverses questions professionnelles lui a permis de grouper dans son sein des représentants des sociétés dentaires les plus importantes du monde entier, dont les idées sur la politique professionnelle sont des plus variées, mais qui sont uniquement attachés à l'avancement de l'art dentaire ; que la Fédération s'est interdit de s'immiscer dans toute question nationale et qu'elle s'interdit également toute politique, quelle qu'elle soit.

M. Sauvez a résumé les travaux et les idées des diverses Commissions internationales, enseignement, hygiène, etc. Il a fait rapidement l'historique des sessions qui se sont tenues jusqu'ici : Paris 1900, Londres et Cambridge 1901, Stockholm 1902, Madrid 1903, Saint-Louis 1904, Hanovre 1905, Genève 1906, Amsterdam 1907.

Après avoir examiné le passé et la situation présente, M. Sauvez a abordé le programme de la prochaine session de Bruxelles. Il a montré que la question la plus importante était la préparation du Congrès dentaire international de Berlin 1909, puisque la session de Bruxelles sera la dernière avant le Congrès et que tous ceux qui avaient à cœur l'amour de leur profession devaient, sans idée de nationalité, sans idée de parti, donner leur concours à la préparation de ce Congrès, auquel prendront part environ quinze cents membres; terminant cette première partie, il a fait un chaleureux appel aux confrères belges pour leur demander l'hospitalité pour les membres de la Fédération au mois d'août prochain.

Dans une deuxième partie, M. Sauvez a montré qu'il était regrettable de voir un pays comme la Belgique, placé entre trois grands foyers de lumières, d'idées, la France, l'Angleterre et l'Allemagne, présenter aux yeux des étrangers une union professionnelle encore dans l'enfance. Il existe actuellement en Belgique deux Sociétés principales, l'une, la plus ancienne, l'Association générale des dentistes de Belgique, l'autre la Société belge d'Odontologie. Ni l'une ni l'autre de ces sociétés n'atteint le chiffre de cinquante membres, sur un total d'environ cinq cents dentistes belges; il existe également une petite société d'une quinzaine de membres à Anvers et deux sociétés de docteurs en médecine, dont la Société de Stomatologie.

Le conférencier a montré l'utilité sociale et matérielle qu'il y a pour les membres d'une même profession à se grouper les uns aux autres pour les intérêts et les dangers communs ; il a montré que l'avancement du niveau moyen d'une profession dans un pays est proportionnel au nombre et à l'importance des sociétés professionnelles.

Il a fait valoir que le moment était particulièrement choisi pour les dentistes de Belgique pour constituer une Fédération dentaire nationale, au moment où les étrangers vont venir dans leur pays, où les pouvoirs publics sont près de s'occuper d'une réglementation de la profession, et à la veille, enfin, du Congrès de Berlin. En terminant, M. Sauvez a demandé aux confrères belges de faire cesser cet exemple de manque d'union dans un pays qui possède la plus belle devise du monde : « L'Union fait la force. »

A l'occasion de cette conférence, M. Sauvez avait eu la bonne fortune de pouvoir se faire accompagner de MM. Solbrig et Platschick qui ont démontré aux dentistes de Belgique les ressources que présente leur nouveau procédé de coulage sous pression ; après un rapide résumé historique et un exposé de la question, MM. Solbrig et Platschick ont attiré l'attention des auditeurs sur les multiples applications de leur procédé, non seulement à la dentisterie opératoire (inlays pleins, inlays creux, couronnes de toutes formes et brigdes de toutes variétés), mais aussi à la prothèse (plaques coulées, petites ou grandes, appareils pour redressements, etc); de grandes figures schématiques, extrêmement nombreuses, et des pièces diverses, fort bien préparées, permettaient de suivre le travail dans toutes ses parties.

Puis, MM. Platschick et Solbrig ont fait des démonstrations variées sur les bridges et les appareils de prothèse, en donnant, au fur et à mesure des opérations, des explications tout à fait utiles et précises sur les détails de la technique et en répondant aux multiples questions qui leur étaient posées par les membres de l'assistance, visiblement intéressés par ces démonstrations et qui n'ont pas ménagé leurs applaudissements et leurs remerciements aux conférenciers.

M. Sauvez et MM. Solbrig et Platschick sont revenus enchantés de l'accueil cordial qui leur a été fait et des réceptions familiales et intimes qui leur ont été aimablement offertes. Les représentants autorisés des diverses sociétés se sont immédiatement concertés, ont approuvé les conseils qu'on leur apportait et ont tous montré la meilleure bonne volonté pour mener à bien et très rapidement cette œuvre d'union professionnelle.

Il est fort probable que la semence jetée en Belgique pendant cette charmante réunion de printemps portera ses fruits et qu'au mois d'août, à l'époque de la moisson, nous pourrons saluer la Fédération dentaire belge, avec d'autant plus de plaisir qu'elle aura probablement été un peu avancée dans son éclosion par une influence française.

Bureau du Conseil exécutif.

Mon cher Collègue,

La Session de la F. D. I. doit se tenir cette année-ci à Bruxelles,

les 7, 8 et 9 août. Nous attirons votre attention sur l'importance de cette Session, la dernière précédant le Congrès dentaire international de Berlin. Nous vous envoyons un programme provisoire en vous priant de l'étudier et de nous faire part des modifications que vous désireriez y voir apporter.

Nous vous demandons surtout de nous donner des indications sur l'organisation scientifique du Congrès de Berlin et sur les questions qui, à votre avis ou à celui des Sociétés de votre pays, sont les plus importantes à mettre à l'étude, à l'heure actuelle.

Nous demandons également aux membres des Commissions d'arriver à la Session avec des rapports. Nous serions très désireux qu'ils nous fissent connaître au plus tôt les sujets de leurs rapports et communications.

Nous sommes assuré que les dentistes de Belgique s'occuperont de la réception des membres de la F. D. I. selon les traditions de cordialité et de bonne hospitalité de ce pays. Dans ce but, nous irons à Bruxelles le 3 mai faire une conférence au sujet de la F. D. I.

Le vice-président, faisant fonctions de président,
E. SAUVEZ.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Une assemblée générale de la F. D. N. se tiendra le jeudi 11 juin à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Nomination du Comité national de propagande du Congrès de Berlin ;

4° Nomination d'une Commission chargée des démarches à faire près des pouvoirs publics pour la réforme des études dentaires ;

5° Souscription pour la fondation d'un prix international Miller ;

6° Propositions diverses ;

7° Nomination des membres du bureau de la F. D. N. pour l'exercice 1908-1909.

NOTA. — Une discussion des conclusions du rapport Roy-Villain précèdera la constitution de la Commission.

CONGRÈS DES PRATICIENS

Le 2e Congrès des médecins praticiens de France se tiendra à Lille du 25 au 28 juin 1908. Il fait suite au Congrès qui a lieu l'an dernier.

Envoyer les adhésions au Dr Aubert, secrétaire général, 5, rue Thiers, à Lille.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SOUSCRIPTION INTERNATIONALE

Pour la fondation du prix W. D. Miller.

La Fédération dentaire internationale (F. D. I.) a décidé dans sa session d'Amsterdam d'honorer la mémoire du professeur Miller par la fondation d'un prix international. Ce prix serait décerné périodiquement à l'auteur du travail ayant le plus contribué à l'avancement de l'art dentaire pendant une période déterminée. Il consisterait dans une somme d'argent ou dans une médaille de grande valeur à l'effigie du professeur Miller. (Les décisions à cet égard seront prises par la F. D. I. dans sa session de Bruxelles en 1908.) La somme à distribuer périodiquement représenterait les intérêts d'un capital qui serait constitué par une souscription publique internationale ouverte dans la profession, et à laquelle peuvent dès maintenant prendre part les sociétés et les individualités.

La souscription est déjà commencée dans la plupart des pays. En Allemagne elle a produit jusqu'à présent 13.000 marks.

Le Conseil général du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, saisi de la question dans sa séance du 8 mars 1908 par son président, qui représente la France au Comité international de la F. D. I. pour le prix Miller, a décidé d'inviter la Fédération dentaire nationale (F. D. N.) à ouvrir la souscription en France et s'est inscrit pour la somme de mille francs.

Le Groupement invite ses membres à répondre à l'appel adressé dans ce but par la F. D. N. à toutes les sociétés françaises et à tous les membres de la profession dentaire en France, en participant à cette grande manifestation internationale de reconnaissance et de solidarité scientifique.

Il s'agit, en effet, d'une fondation qui se produit pour la première fois dans la profession dentaire et qui tend non seulement à honorer la mémoire d'un grand savant, mais surtout à constituer un capital dont la collectivité est appelée à recueillir les intérêts.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Bioux, trésorier du Comité national, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Aux 1.000 francs souscrits par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France viennent s'ajouter quelques souscriptions de ses membres adressées spontanément s'élevant à 1.595 francs, au total 2.595 francs.

De son côté, l'American Dental Club of Paris a souscrit 500 francs et ses membres 1.200 francs, soit 1.700 francs.

Le total souscrit à ce jour est donc de 4.295 francs.

Nous publierons dans un prochain numéro la première liste des souscriptions et des souscripteurs.

NOUVELLES

Union générale des Étudiants en chirurgie dentaire de France.

Le samedi 16 mai dans les salons Bonvallet l'Union générale des Etudiants en chirurgie dentaire de France se réunissait en un banquet sous la présidence de M. Berteaux, ancien Ministre de la Guerre. Cette fête, qui réunissait une quarantaine de convives, fut animée de la plus grande cordialité, elle fait honneur à ses organisateurs, mais on peut toutefois regretter que l'élément étudiant y fût représenté en minorité.

A l'heure des toasts M. Doucedame, président de l'union générale des étudiants en chirurgie dentaire, remercia le président et les professeurs présents d'avoir bien voulu assister à ce banquet. Il rappela le but de la société qui s'est séparée de l'Association générale des étudiants pour avoir son autonomie et pouvoir discuter, dans un milieu directement intéressé, qui y sait les questions spéciales à l'Art dentaire. Il a en terminant souhaité l'union entre tous pour le succès des revendications des dentistes.

Tour à tour après le président MM. de Croës, Roy, Huchet, de la Ligue de l'enseignement, Lannois, ainsi que le délégué de l'Association corporative des étudiants, prennent la parole et félicitent la société pour le but qu'elle poursuit.

M. Siffre rappelle que M. Berteaux, quand il était ministre de la Guerre, a apporté des amélorations importantes dans l'hygiène de l'armée coloniale en créant un service de soins dentaires pour les soldats de cette arme et en diminuant de ce fait le nombre des soldats indisponibles et en réforme.

M. Berteaux, prenant alors la parole, conseille aux administrateurs de l'Union de ne pas craindre de manifester leur existence pour obtenir des pouvoirs publics les mêmes avantages que les autres associations d'étudiants, la leur étant intéressante puisqu'elle concerne une corporation qui soulage la souffrance humaine. A propos de ce qu'a rappelé M. Siffre, il remercie celui-ci du concours qu'il lui a donné en l'aidant à organiser les services dentaires de l'armée coloniale, services qui furent décidés sur la proposition du général Pamin, qui était venu exposer au ministre la triste situation des soldats de l'armée coloniale au point de vue dentaire.

Il faut étendre les bienfaits de ces services à toute l'armée métropolitaine, en se souvenant qu'une bonne nutrition exige de bonnes dents. Il faut aussi l'étendre aux enfants des écoles, empêcher la souffrance et diriger leur dentition avec autant de soin qu'on soigne les arbres

de nos vergers. Voilà ce qu'il faut demander aux dentistes, mais en revanche il faut, dit l'orateur, les garantir contre l'invasion étrangère et exiger des étrangers les mêmes garanties que des nationaux par l'application stricte de la loi de 1892.

La réunion se termina sur cette allocution applaudie par un ban chaleureux.

Nous nous félicitons de la création de semblables groupements, parmi les étudiants qui se préparent ainsi à entrer plus tard dans les groupements professionnels, et y apporteront, avec un sang jeune et ardent, des esprits plus mûris et en assureront ainsi la prospérité. Mais, comme nous le faisions remarquer au début, il faut que ces réunions, pour être durables, ne comptent pas plus de professeurs que d'élèves, autrement ce serait aller contre le but de ces sociétés d'étudiants, dont nous souhaitons vivement le développement.

M. R.

Visite à l'Ecole dentaire de Paris.

Le Dr Papazafiropoulos, chirurgien-dentiste de S. M. le roi des Hellènes, a visité ces jours derniers l'Ecole dentaire de Paris et a été très intéressé par les différents travaux exécutés par les élèves.

Société de secours mutuels.

On nous informe qu'une Société mutuelle de secours en cas de décès est en voie de formation sous le titre d'Association confraternelle des dentistes français (Chirurgiens-dentistes, docteurs-dentistes), Siège social, 2, rue de Provence, Paris.

Chronique judiciaire.

On nous demande d'insérer la petite note ci-dessous :

« MM. Contenau et Godart avaient intenté à MM. Henri Picard et frères un procès en contrefaçon de rondelles creuses moulées en caoutchouc pour succions.

» La troisième chambre du Tribunal civil vient, dans son audience du 16 mai, de débouter MM. Contenau et Godart qui sont condamnés à tous les frais et dépens.

» Le Tribunal a, de plus, prononcé la déchéance du brevet. »

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE l'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CHAMBRE SYNDICALE

Le Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France a décidé, dans sa dernière séance, de donner à sa Chambre syndicale une impulsion nouvelle en raison de l'augmentation croissante du nombre des sociétaires.

On sait que l'Association comprend une *Chambre syndicale,* qui a pour but de prendre la défense des intérêts professionnels des membres de l'Association, lorsqu'ils sont menacés ; de servir d'arbitre volontaire entre les patentés et leurs employés, entre les dentistes et leurs clients ; de faciliter la recherche des emplois ou des employés ; enfin de se mettre en rapports avec le Gouvernement, les départements ou les communes, lorsque l'intérêt professionnel le commande.

La Chambre syndicale a résolu de s'occuper d'une façon active des intérêts généraux de ses membres et surtout de procurer des situations aux jeunes dentistes, aux opérateurs et mécaniciens.

A l'avenir, il sera réservé en conséquence dans chaque numéro du journal *L'Odontologie* une page aux *Demandes et Offres* de places d'opérateurs. Les membres du Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France désireux de recourir à la Chambre syndicale n'auront qu'à s'adresser par correspondance à son président, M. Delair, 45, rue de La Tour-d'Auvergne ou 12, rue Cernuschi, Paris.

Le concours offert par la Chambre syndicale est absolument gratuit pour les membres du Groupement.

Les *Demandes et Offres* sont affichées gratuitement, pour tous les membres de l'Association, dans une vitrine spéciale au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

OFFRES ET DEMANDES
Réservées aux Membres du Groupement.

N° 3. 3 Avril. — Bon opérateur diplômé, de 25 à 30 ans, demandé pour bon cabinet de Paris (Bridges. Aurifications).

N° 4. 8 Avril. — Cabinet dentaire à vendre dans une ville de Bretagne de 22.000 hab. — Chiffre d'affaires, 15.000 à 18.000 francs. — Frais généraux, 4.500 francs. — Prix, 15.000 à 18.000 fr. — Installation moderne avec électricité.

N° 6. 8 Mai. — On demande très bon opérateur de 25 à 30 ans connaissant bien le cabinet et la prothèse (tout de suite).

N° 7. 8 Mai. — Vente de cabinet dans une grande ville près de Paris. — Fondé depuis 8 ans. — Affaires, 18.000 francs, susceptibles d'augmentation. — Prix à débattre. — Conviendrait à Diplômé F. M. P. ou Docteur en médecine.

N° 8. 8 Mai. — Docteur en médecine sur le point d'être D. F. M. P. et D. E. D. P. cherche place d'opérateur dans une ville d'eaux pour les vacances.

N° 9. 8 Mai. — Très bon opérateur, 9 ans de pratique, désire place Paris ou province. — Très au courant : Traitements, Aurifications, Inlays métalliques, Porcelaine, etc.

N° 11. 8 Mai. — Fils de dentiste, 21 ans, bon aurificateur, connaissant prothèse de cabinet et de laboratoire, bonnes références, demande remplacement pendant les vacances, de préférence en province.

N° 12. 9 Mai. — On demande tout de suite un opérateur diplômé très au courant des travaux de cabinet pour grande ville du Midi. Situation d'avenir. Très pressé.

N° 13. 9 Mai. — D. E. D. P. et F. M. P. demande place d'opérateur en remplacement à faire pendant quelques mois. Paris ou province.

28e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Y A-T-IL AVANTAGE OU INCONVÉNIENT A DONNER DU CHLORURE D'ÉTHYLE SANS OXYGÈNE ?

Par L. CAMUS,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

Dans la séance de la Société d'Odontologie du 4 février dernier, à propos du mode d'administration du chlorure d'éthyle, il a été dit ceci : « Ceux qui disent qu'il ne faut pas d'air du tout ont tort ; ceux qui disent qu'il en faut ont tort ».

Je crois qu'il eût été plus exact de dire : ceux qui donnent de l'oxygène avec le chlorure d'éthyle ont certaines raisons pour opérer ainsi ; ceux qui n'en donnent pas en ont d'autres. Je n'ai pas l'intention d'envisager les différents motifs qui militent en faveur de l'une et l'autre technique, mais il me semble que les deux principaux sont, d'un côté, la crainte de l'asphyxie et, de l'autre, l'espoir d'une anesthésie plus facile, celui-ci basé sans doute sur le souvenir de quelques bons résultats obtenus avec le protoxyde d'azote pur. Pour se faire une opinion sur la valeur de ces considérations, il faut examiner d'abord la question de l'asphyxie et voir ensuite comment se produit l'anesthésie avec les mélanges de chlorure d'éthyle et d'oxygène.

Quand la respiration se fait dans un espace limité, comme celui d'un masque à vessie, l'asphyxie commence théorique-

ment, après la première expiration, mais pratiquement, c'est-à-dire pour que les inconvénients de l'asphyxie se manifestent, il faut un temps assez long. Deux facteurs peuvent contribuer à donner lieu aux accidents d'asphyxie : l'excès d'acide carbonique d'une part, la diminution de l'oxygène de l'autre ; or expérimentalement on démontre que c'est le manque d'oxygène qui rend dangereux le milieu confiné. Si, sous une cloche bien fermée, on place un petit animal, la mort se produit aussi vite si l'on absorbe l'acide carbonique au fur et à mesure de sa production que si l'on laisse ce gaz se répandre dans la cloche ; on recule au contraire les limites de l'asphyxie, si l'on augmente la proportion d'oxygène de l'air, sans absorber l'acide carbonique formé.

L'oxygène du sang et de l'air du poumon est donc le facteur important et nous savons que sa consommation n'a pas lieu instantanément aussitôt que le masque est appliqué sur la figure. La ligature de la trachée ne fait mourir un chien qu'après quatre minutes, et il peut encore être ramené à la vie après huit minutes si l'on pratique la respiration artificielle.

Des concours de plongées ont montré que certains individus peuvent suspendre leur respiration pendant plus de quatre minutes. La durée de la résistance à l'asphyxie est donc assez longue et il importe de faire remarquer que cette durée serait certainement plus longue, si les expériences que je viens de rapporter étaient faites avec un masque à parois extensibles. La respiration dans une vessie a non seulement l'avantage de permettre un va-et-vient de l'air et par suite une meilleure utilisation de l'oxygène, mais encore elle favorise les mouvements pulmonaires et soulage ainsi grandement le fonctionnement du cœur.

Quoi qu'il en soit, on peut sans danger d'asphyxie, s'il s'agit d'un individu normal, faire l'anesthésie avec un masque à vessie en l'espace d'une à deux minutes et l'on peut pousser cette anesthésie aussi loin qu'on le désire. Avec le masque qui forme un espace limité et extensible on parvient

donc, non seulement, comme je l'ai indiqué ailleurs, à donner le chlorure d'éthyle *lentement* et *progressivement*, mais encore à fixer exactement la quantité d'anesthésique employée.

Aucun appareil à circulation de chlorure d'éthyle ne peut donner ce résultat, même s'il distribuait régulièrement un mélange titré, car la respiration d'un mélange titré circulant détermine une absorption d'anesthésique qui varie avec la ventilation. C'est le grand mérite de Tissot d'avoir montré que les mélanges titrés ne donnent aucune sécurité ; si la ventilation est forte ou faible, l'absorption est trop considérable ou insuffisante et ainsi un même mélange peut intoxiquer ou ne pas amener l'anesthésie.

En limitant l'espace où se répand l'anesthésique on remédie aux inégalités respiratoires qui peuvent se produire, en ce sens que, quelle que soit la ventilation, l'individu n'absorbera jamais plus de chlorure d'éthyle que le masque n'en renferme.

On peut donc, si l'on a soin de déterminer l'évaporation progressive de la dose employée, réaliser toutes les conditions qui mettent à l'abri des dangers d'origine nerveuse et d'origine toxique, c'est-à-dire que l'on peut éviter, d'une part, la *suffocation* et *l'absorption brusque* et, d'autre part, conjurer *l'intoxication* qui résulte d'une absorption totale trop considérable.

Voyons maintenant ce que donnent les mélanges d'oxygène et de chlorure d'éthyle. Nous avons fait au Muséum d'histoire naturelle, Maurice Nicloux et moi[1], de nombreuses expériences avec des mélanges titrés de chlorure d'éthyle et d'oxygène. Si l'on emploie des mélanges renfermant 10 grammes de chlorure d'éthyle pour 100 litres d'air, les animaux présentent bientôt des troubles respiratoires et ne s'endorment pas. Il faut se servir de mélanges renfermant 30 à 80 grammes de chlorure d'éthyle pour 100 litres, si l'on

1. LUCIEN CAMUS et MAURICE NICLOUX. — Le chlorure d'éthyle dans le sang au cours de l'anesthésie. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome X, p. 76-88 ; 15 janvier, 1908.

veut anesthésier assez rapidement un chien et les troubles respiratoires sont-ils encore, le plus souvent, très accusés. Les mouvements d'abord très amples et accélérés deviennent de plus en plus superficiels, tout en conservant une grande fréquence et, peu à peu, la ventilation finit par être insuffisante. L'asphyxie devient la conséquence des troubles respiratoires et elle survient avec des mélanges qui renferment, cependant, jusqu'à 50 o/o d'oxygène. Il ne suffit donc pas d'ajouter de l'oxygène au chlorure d'éthyle pour éviter à coup sûr l'asphyxie et pour avoir une bonne anesthésie.

Au début de nos expériences, les troubles respiratoires nous ont beaucoup gênés et, pour les éviter, nous avons été amenés à donner du chlorure d'éthyle pur jusqu'à anesthésie complète avant d'employer les mélanges titrés. Dans les anesthésies de longue durée nous avons obtenu de meilleurs résultats en faisant respirer alternativement du chlorure d'éthyle pur et de l'air pur.

Les inconvénients que nous ont présentés les mélanges titrés sont, il est vrai, surtout relatifs à des anesthésies prolongées, mais, pour bien apprécier la valeur d'un procédé, il convient justement de l'étudier dans toutes ses applications.

De ces différentes considérations se dégagent dès maintenant les conclusions suivantes : 1° *L'asphyxie n'est pas à redouter avec les masques à vessie qui n'ont pas de soupapes ; 2° les mélanges de chlorure d'éthyle et d'oxygène qui anesthésient bien sont très riches en chlorure d'éthyle, ils ne donnent aucune sécurité et ils ont plus d'inconvénients que d'avantages.*

Aux résultats que je viens d'indiquer, on ne manquera pas d'opposer ceux obtenus chez certains malades avec tel ou tel appareil à soupapes. Un fait est un fait, son existence ne se discute pas, mais ce qui se discute, ou plutôt, ce qui s'apprécie, c'est sa valeur et son interprétation. Si des anesthésies satisfaisantes ont été observées en se servant de mélanges de chlorure d'éthyle et d'air, cela signifie simplement que les mélanges respirés ont été très riches en chlorure d'éthyle, et je n'hésite pas à dire que les bons résultats obtenus sont

dus non pas à l'excellence de la méthode, mais à celle du chlorure d'éthyle ; je veux dire, en d'autres termes, que le chlorure d'éthyle est un corps si bien toléré par l'organisme que l'on peut se permettre des fautes assez considérables dans son administration, sans que l'on ait à enregistrer fatalement des accidents.

L'anesthésie apparaît toujours quand le système nerveux a fixé une quantité déterminée de chlorure d'éthyle, quelle que soit la méthode d'administration employée ; or nous avons montré, Maurice Nicloux et moi [1], par de nombreux dosages, que le sang, qui au début de l'anesthésie renferme de 20 à 25 milligrammes de chlorure d'éthyle pour 100 grammes de sang, peut en retenir jusqu'à 200 milligrammes, sans que la mort arrive fatalement.

L'organisme a donc une grande tolérance pour cette substance, et l'on comprend qu'avec un procédé quelconque, même mauvais, il soit assez facile d'obtenir une anesthésie qui sera irréprochable en apparence, si l'on s'en tient à la simple constatation du sommeil.

S'il est possible d'obtenir l'anesthésie avec toutes les doses comprises entre 25 et 200 milligrammes, cela ne veut pas dire qu'il est indifférent que le sang renferme 25 ou 200 milligrammes. L'excellence d'une méthode ne résulte pas de ce que son application permet de donner au hasard une dose anesthésique quelconque, mais bien de ce que cette méthode assure l'anesthésie avec une dose très peu supérieure à la dose minima efficace. Il est incontestable qu'il y a avantage à faire l'anesthésie avec la dose minima et non avec la dose maxima ; les accidents sont imminents au voisinage de la dose maxima, ils sont au contraire le moins à redouter aux alentours de la dose minima. Or, comme je l'ai déjà rappelé, il est bien démontré, par les expériences de Tissot, que les mélanges titrés ne donnent aucune garantie sur la quantité d'anesthésique absorbée et je suis en droit

1. Lucien Camus et Maurice Nicloux. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1907, tome CXLV, 1437-1439.

de conclure que la méthode des mélanges circulants d'air et de chlorure d'éthyle est une méthode dangereuse entre les mains d'un opérateur inexpérimenté. Le procédé qui consiste à réduire au minimum la dose totale employée offre incontestablement, à ce point de vue, plus de sécurité. A l'heure actuelle, la méthode des mélanges de chlorure d'éthyle et d'air est une méthode doublement dangereuse ; non seulement parce qu'elle ne permet pas de limiter la quantité d'anesthésique, mais encore, parce que les appareils qui délivrent les soi-disant mélanges titrés offrent à la respiration des mélanges quelconques de chlorure d'éthyle et d'air. Pour les appareils à chloroforme ou à éther nous sommes plus ou moins approximativement renseignés sur la proportion d'anesthésique qui se trouve dans les mélanges, et nous avons des dispositifs qui permettent de faire varier graduellement le titre des mélanges ; or rien de semblable n'existe pour le chlorure d'éthyle ; il y a même plus, l'agencement des soupapes des appareils est souvent défectueux et tout à fait insuffisant pour assurer la circulation régulière d'un mélange titré quelconque.

Je crois inutile de revenir ici sur les questions de l'excitation pré et post anesthésique et sur celle des vomissements dans les cas d'administration de chlorure d'éthyle pur ou de chlorure d'éthyle mélangé à l'oxygène ; je les ai traitées dans deux articles de la *Presse Médicale* et je ne peux mieux faire que d'y renvoyer les personnes que ces sujets intéressent.

En résumé, je ne repousse pas systématiquement la méthode des mélanges titrés, mais pour qu'elle soit applicable, il faut trouver un dispositif simple qui donne des mélanges titrés et qui permette de faire varier à volonté le titre des mélanges au cours même de l'anesthésie. Quand un tel résultat sera obtenu, il n'en restera pas moins certain que les appareils à espace limité qui donnent une dose minima d'anesthésique seront encore préférables pour les anesthésies de courte durée. Un opérateur peu expérimenté pourra toujours avec beaucoup plus de sécurité faire usage d'un

appareil à espace limité que d'un appareil à mélanges titrés.

Pratiquement ce qu'il importe de retenir c'est ceci :

On peut faire de l'anesthésie générale de courte durée, d'une façon parfaite et avec le minimum de risque, avec un masque à espace limité. Il est facile, avec un dispositif de ce genre, de ne pas dépasser la dose minima nécessaire, mais il importe de donner le chlorure d'éthyle lentement et progressivement de manière à bien suivre tous les signes de l'anesthésie croissante. L'asphyxie et les petits inconvénients de l'anesthésie sont d'ailleurs aussi aisément évitables avec le masque à espace clos qu'avec tout autre dispositif.

LA VÉRITÉ SUR LA LIGNE DROITE ARTICULAIRE ATTRIBUÉE PAR ERREUR PAR CHOQUET A TOMES

Par O. Amoedo.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Au cours de mes études sur les arcades dentaires, j'ai trouvé, dans les écrits de Choquet, avec une persistance continuelle, l'attribution par cet auteur à Ch. Tomes de Londres, d'une *ligne idéale droite articulaire* [1].

Or, comme Choquet n'a pas donné d'indication bibliographique, et, d'autre part, ne pouvant trouver dans les dernières éditions de Tomes une telle assertion, j'ai pris le parti d'aller me renseigner à la source, et à cet effet, j'ai écrit la lettre suivante :

« Monsieur Ch. Tomes,
Londres.

» Très honoré confrère,

» Ayant entendu dire par M. Choquet, de Paris, dans ses communications, et lu dans ses travaux, que vous décriviez les arcades dentaires, comme formant une ligne droite, c'est-à-dire que si l'on plaçait l'arcade supérieure sur une surface plane, toutes les dents devaient toucher à ce plan [2], et comme je possède plusieurs éditions de votre Anatomie dentaire où je n'ai jamais vu que vous avanciez une telle erreur, je viens vous demander de vouloir bien m'autoriser à dire dans une communication que j'ai à faire le 7 avril 1908, que vous n'avez jamais soutenu une telle assertion. En vous remerciant d'avance, etc., etc.

» Paris, le 28 mars 1908. — Signé : Dr Amoedo. »

Voici la réponse à cette lettre :

« Cher Monsieur,

» L'assertion dont il s'agit n'a pas été faite par moi, mais

1. *Choquet*, Anatomie dentaire, p. 371.
2. *Choquet*, *l. c.* p. 350.
Choquet, L'Odontologie, 1908, p. 152.

voici l'origine de l'erreur du Dr Choquet en m'imputant cette assertion. Sa citation a été tirée de la traduction française de la première édition de mon Anatomie dentaire publiée en 1876.

» Dans la première édition anglaise, on trouve ces mots : « Chez l'homme, aucune dent ne s'élève au-dessus du niveau de ses voisines ».

» Je ne me rappelle pas les mots exacts de la traduction française, mais ils étaient à peu près ceux-ci : « Toutes les dents se......... ? au même niveau ».

» Ce n'est pas précisément une traduction littérale et elle peut donner lieu à une interprétation en contradiction avec le sens de l'original, ce qui est arrivé au Dr Choquet. Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'aucune dent en particulier ne s'élève au-dessus de sa voisine.

» Mais dans les éditions postérieures de mon Anatomie dentaire (la dernière, 6e édition, en 1904) la phrase a été supprimée tout à fait, et elle y est exprimée sous une forme différente.

» Je ne me le rappelle plus exactement, mais j'ai pensé, je suppose, ne pas avoir bien exprimé mon idée, et j'ai écrit la phrase de nouveau.

» L'argument du Dr Choquet est un bon exemple du danger de citer une édition ancienne d'un livre qui a passé par plusieurs éditions, et encore plus, de tirer des citations d'une traduction, sans s'assurer de son exactitude. La traduction ne s'éloigne pas du sens de l'original, mais ce n'est pas *du tout* la même chose de dire qu'aucune dent (*no tooth*) (singulier) ne s'élève au-dessus du niveau de ses voisines et de dire que toutes les dents (pluriel) s'élèvent au même niveau.

» Croyez-moi bien à vous. Signé : Charles S. TOMES. »

Norfolke 30 mars 1908.

Cette réponse est bien catégorique et renferme une bonne leçon pour l'avenir.

En possession de ces indications, j'ai consulté la traduc-

tion française de ladite première édition anglaise, et voici ce qu'on y trouve à la page 5, ligne 6.

« Je ferai précéder la description des dents de l'homme de quelques mots sur les caractères qui différencient la dentition de l'homme de celle des animaux. »

« Chez l'homme, les dents s'élèvent toutes au même niveau ; elles sont en contiguïté parfaite, sans intervalles entre elles. »

Ici, l'auteur a donné les caractères différentiels entre les dents de l'homme, et celles des animaux, et non pas une simple définition de l'arcade dentaire.

Le deuxième paragraphe, cité sans le premier, dénature la réelle signification de celui-ci.

Il suffit de parcourir les figures de ce traité d'*Anatomie dentaire comparée* pour voir que l'éléphant, par exemple, a des canines d'un ou deux mètres de long ; que celles des carnassiers, des anthropoïdes, et de bien d'autres animaux, dépassent considérablement leurs voisines, et que, seul, l'homme a toutes ses dents au même niveau.

Mais en disant que toutes les dents s'élèvent au même niveau chez l'homme, cela ne veut pas dire qu'elles soient dans une ligne droite. Il existe une loi municipale à Paris qui exige que toutes les maisons s'élèvent au même niveau ; mais il ne viendra à personne l'idée de supposer que la municipalité a voulu dire qu'il faut que toutes les maisons de Paris soient dans un même plan droit horizontal.

D'ailleurs, si le lecteur avait encore un doute sur l'opinion de l'auteur, le paragraphe suivant, de la page 416, du même livre, qui définit l'arcade dentaire, le ferait disparaître :

« Il n'y a pas de diastème dans les races humaines ; il n'y a pas de différences sexuelles dans la dentition ; aucune dent ne dépasse le *niveau des dents voisines* et toutes sont disposées sans interruption, *suivant une ligne courbe.* »

Comme on le voit, il s'agit tout simplement du niveau des dents voisines, comme pour les maisons.

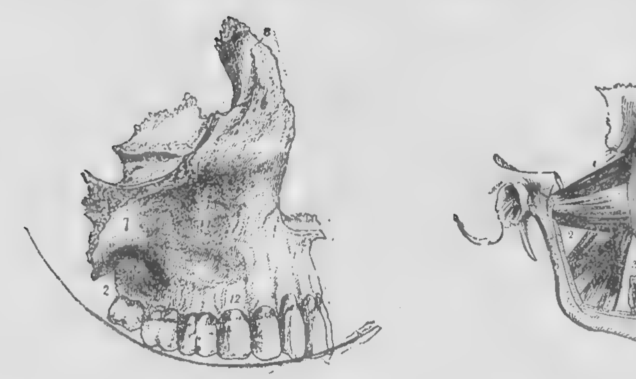


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. (Fig. 12 du texte français.)

La ligne courbe de Spee ne s'applique pas exactement à toutes les dents, par suite du déplacement subi par quelques-unes des dents, mais elle est cependant très apparente.

Fig. 2. (Fig. 15 du texte français.)



Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3. (Fig. 171 du texte français.)

Tête d'idiot.

La ligne courbe de Spee touche à toutes les dents et passe par le condyle maxillaire.

Fig. 4. (Fig. 169 du texte français.)

Tête d'un jeune orang mâle.

La courbe de Spee touche les dents et passe en arrière, derrière le condyle maxillaire. La canine supérieure ne dépasse pas encore la ligne articulaire.

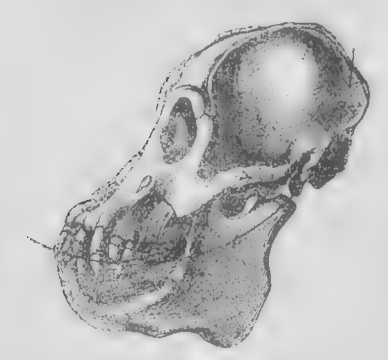


Fig. 5. (Fig. 170 du texte français.)

Tête d'un orang adulte mâle.

La courbe de Spee a été mal tracée par le dessinateur; il l'a fait passer au niveau des collets des molaires inférieures au lieu de la faire passer par la surface masticatoire. La canine supérieure dépasse considérablement la ligne articulaire et va toucher le bord alvéolaire de la mâchoire.

Fig. 6. — Tête d'un nègre.

Engrenage des dents et plans d'occlusion normaux.

Les incisives, canines, prémolaires et premières molaires, touchent à un plan droit; et ce plan prolongé en arrière, passe par le collet de la dent de sagesse à sa partie distale. Le tubercule distal de la première molaire et le bord masticatoire des deuxième et troisième molaires, touchent à un autre plan droit, lequel, prolongé en avant, passe par le collet des incisives inférieures.

Cela n'empêchera donc pas l'existence de la courbure de compensation des arcades dentaires, et n'empêchera pas non plus le dénivellement des rues de Paris tout en observant ladite loi.

Contrairement à l'opinion du célèbre anatomiste de Londres, je trouve que la traduction française de son ouvrage est parfaitement correcte, et qu'il faut mettre de la mauvaise volonté pour y voir autre chose que ce qui y est si clairement et si nettement expliqué.

Et si le lecteur voulait être encore plus édifié, il n'aurait qu'à consulter les figures des arcades dentaires, page 29, 39 et 413, les seules arcades dentaires de l'homme figurant dans le livre, où l'on voit très nettement la ligne courbe de compensation, parfaitement dessinée. Fig. 1, 2, 3, 4 et 5.

En somme, la vérité sur cette fameuse ligne droite articulaire est qu'elle n'a jamais été mentionnée par Tomes, pas plus que par un autre anatomiste quelconque.

Par contre, Bonwill, de Philadelphie, en 1858[1], et Spee, en Allemagne, en 1890[2], ont fait des études sur la ligne courbe de compensation. Ce dernier auteur l'ayant spécialement étudiée, on l'appelle maintenant courbe de Spee.

Je m'excuse de cette longue note, et je voudrais que vous ne vissiez en elle que le désir de mettre les choses au point.

---

1 *Bonwill*, Articulation and Articulators (Trans. Am. Dent. Ass. 1865).

2. *Spee*, « Die Verschiebungsbahn des Unterkiefers am Schädel ». — Archiv. für Anatomie und Physiologie, 1890, p. 285.

LA LIGNE DROITE ARTICULAIRE

Par M. Choquet.

Réponse à M. Amoëdo.

Il me semble que le vieux dicton français ainsi conçu : « qui n'entend qu'une cloche, n'entend qu'un son » peut s'appliquer à la critique qui vient de m'être faite. M. Amoëdo vient de faire résonner un premier son de cloche qui lui est personnel. J'aime à croire que vous voudrez bien m'autoriser à vous en faire entendre un second et je suis sûr d'avance que c'est ce dernier qui frappera le plus votre oreille.

Il y a cinq ans, lorsque j'ai présenté à la Société d'Odontologie, dans sa réunion du 6 janvier, un essai sur l'articulation dentaire chez l'homme, j'ai surtout tenu à attirer l'attention sur le fait que la définition de la ligne d'occlusion telle qu'elle est donnée par Tomes est sujette à discussion.

Depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de revenir sur ce sujet, soit à la Société d'Odontologie, soit dans d'autres sociétés, soit encore dans des publications et jamais mon opinion n'a varié. Jamais jusqu'à ce jour, personne n'a élevé la voix et c'est seulement au bout de cinq grandes années que M. Amoëdo, croyant avoir trouvé un de ces filons qu'il sait exploiter avec tant de maestria, vient vous dire : « Messieurs, Choquet s'est absolument trompé. Il prend Tomes à partie continuellement, d'une façon systématique, pour une faute que Tomes n'a pas faite, pour une erreur qu'il n'a pas commise. Je ne puis laisser passer cela. Je prends la défense de Tomes et je vais vous prouver d'une façon indiscutable que c'est Choquet qui n'a pas su comprendre ce que Tomes voulait dire. »

L'infaillibilité n'est pas de ce monde, il est vrai, mais il existe cependant certains faits devant la matérialité desquels on est forcé de s'incliner et je considère que l'objection que j'ai faite à la théorie de Tomes, en apportant des preuves à l'appui de mes assertions, est du nombre de ceux-ci.

Vous devez être surpris, messieurs, que M. Amoëdo, dont vous connaissez tous la grande compétence en fait d'anatomie dentaire, d'articulation temporo-maxillaire, que M. Amoëdo qui, comme vous le savez, s'est fait le propagateur en France des idées de Bonwill concernant la construction des dentiers artificiels, ait attendu aussi longtemps pour s'ériger en champion d'un des plus grands maîtres de l'anatomie dentaire et essayer de vous démontrer que je me suis engagé dans une fausse interprétation. Pour moi, je suis encore plus étonné de cette intervention, car celle-ci coïncide *justement* avec la toute première récrimination *jusqu'ici officieuse* du principal intéressé dans la question. Je veux parler de Tomes.

Au cours de l'existence on constate quelquefois des coïncidences absolument étranges.

Les montagnes ne se rencontrent pas, mais la même idée vient parfois à éclore dans le cerveau de deux personnes différentes vivant à des centaines de kilomètres l'une de l'autre. Cette idée prend corps à la même époque, à la même heure. On pourrait même dire que l'éclosion, que la mise à jour de celle-ci a été chronométrée de part et d'autre à une minute près.

Tel est le cas actuel. Je me contente simplement de le signaler et j'entre tout de suite dans le vif du sujet.

J'ai dit, je répète et je maintiens que Tomes s'est trompé dans la définition qu'il a donnée concernant la ligne d'occlusion et je prouve ce que j'avance.

Prenez l'édition française de son Anatomie dentaire publiée à Paris en 1880 chez Doin d'après la traduction du Dr Cruet et voyez à la page 5, à la dixième ligne, ce qu'il y a d'écrit. Vous y trouvez la phrase suivante : *Chez l'homme toutes les dents s'élèvent au même niveau. Elles sont en contiguïté parfaite, sans intervalles entre elles.*

Prenez maintenant l'édition anglaise originale publiée en 1876 et sur laquelle la traduction a été faite et vous y rencontrez la phrase suivante : *No tooth rises above the level of its fellows.*

A quoi rime donc l'intervention de M. Amoëdo en pareille circonstance ?

Vraiment, on peut se le demander.

Toujours est-il que vous pouvez déjà vous rendre compte que je n'avais rien avancé à la légère, que la fameuse phrase à laquelle je me suis attaqué existe bien, et dans l'édition française et dans l'édition anglaise. Le fait est d'autant plus malheureux que, lors de la fondation des écoles dentaires en France en 1881, la traduction du livre de Tomes était le *seul ouvrage* que les étudiants avaient à leur disposition. J'en appelle à ce sujet aux premiers diplômés de cette école. Cet état de choses a duré jusqu'à l'apparition de l'Anatomie dentaire de Decaudin et Demontporcelet en 1886, époque où nous avons commencé à ne plus être aussi tributaires de l'étranger au point de vue pédagogique.

Tomes a donc bénéficié à tous les points de vue de la traduction de son ouvrage et il a mauvaise grâce, à mon avis, à ne pas reconnaître franchement qu'il s'est trompé en un point que je considère comme capital.

M. Amoëdo vient de plaider la cause de Tomes, et il accompagne sa plaidoirie, *comme preuve à l'appui*, d'une lettre de celui-ci.

Vous avez entendu la lecture de ce document; permettez-moi donc à mon tour et comme réplique à M. Amoëdo de vous donner connaissance d'une lettre contenant un passage de la réponse que Tomes a faite à un de ses compatriotes établi en Belgique, qui lui avait demandé son avis au sujet de la fameuse phrase.

Cette lettre émane du Dr Browne, président de la Société belge d'Odontologie, avec qui je suis en excellents rapports.

Voici tout d'abord ce qu'il m'écrit :

« Veuillez m'excuser de ne pas vous avoir répondu plus tôt, mais j'attendais la réponse du Dr Tomes à qui j'ai envoyé votre livre (Ce livre n'était autre chose que la traduction française de son Anatomie dentaire). Le Dr Tomes me répond en me disant qu'il est regrettable que vous n'ayez

pas vu la *dernière* édition de son Anatomie dentaire avant d'écrire votre mémoire, car cinq éditions se sont succédé depuis la première dont vous avez la traduction française, et la phrase dont vous parlez n'existe dans aucune de celles-ci. En outre, la traduction que vous avez est mal faite, ainsi que vous pourrez le voir d'après copie d'une partie de la lettre du Dr Tomes que je vous envoie.

» Le Dr Tomes me dit qu'il n'est pas responsable d'une traduction défectueuse et il ajoute que dans l'édition française que vous lui avez prêtée, il a constaté de nombreuses erreurs. Veuillez agréer, etc.

» Signé : Dr Browne. »

Voici maintenant la traduction du passage de la lettre que le Dr Tomes écrivait au Dr Browne.

« Les mots exacts que l'on trouve dans la première édition de mon Anatomie dentaire publiée en 1876 sont les suivants : *No tooth rises above the level of its fellows.* Ce qui est traduit de la façon suivante : *Toutes les dents s'élèvent au même niveau.* Cette phrase devrait être pour être exacte la traduction de la phrase anglaise suivante : *The teeth rise to the same level.* Ce n'est pas tout à fait la même chose, quoique, à vrai dire, en n'y regardant pas de trop près, cette traduction puisse paraître conforme à l'original. Mais il y a cette différence que l'édition anglaise dit : no tooth (aucune dent) au singulier.

C'est-à-dire que pas une dent ne dépasse ses voisines immédiates ainsi que cela se produit pour la canine du singe. L'usage du pluriel dans la traduction, alors que c'est le singulier qui a été employé, fait que la définition, faite pour s'appliquer à des dents prises individuellement, semble s'appliquer à l'ensemble des arcades.

Dans la sixième édition (1904) *et dans plusieurs autres antérieures à celle-ci, cette phrase a disparu du texte.* »

Vous voyez donc, messieurs, que l'auteur quoique ergotant sur les mots, sur l'emploi du pluriel au lieu du sin-

gulier dans la traduction, reconnaît lui-même que cette phrase a existé, mais qu'elle a disparu du texte. Il n'y a eu qu'une seule édition française sur laquelle la plupart d'entre nous ont étudié. Avons-nous donc à nous occuper, surtout ceux qui ne connaissent pas l'anglais, des transformations, des modifications apportées aux éditions anglaises qui se sont succédées ?

Le bon sens est là pour répondre et, encore une fois, je vous demande si je n'avais pas raison en vous disant au début de cette réponse que j'espérais bien que des deux sons de cloche que vous aviez à entendre, ce serait le dernier qui frapperait le plus votre oreille.

L'entente cordiale existe actuellement, j'en conviens, mais ce n'est pas une raison pour que nous baissions toujours pavillon. Pour ma part, je m'y oppose énergiquement dans le cas présent.

J'ai pour Tomes le plus grand respect et je tiens à bien spécifier *encore une fois* qu'il ne faut pas voir dans ma critique la moindre animosité, la moindre acrimonie. J'ai constaté dans son ouvrage une erreur grave, je l'ai signalée purement et simplement, et mon but n'a été que de remettre les choses au point dans une question dont l'importance n'échappera à personne.

REVUE DES REVUES

THÉRAPEUTIQUE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Elgin Mawhinney, de Chicago.

Je ne guéris pas tous les cas de pyorrhée que je rencontre, le mot pyorrhée alvéolaire s'appliquant à un grand nombre de troubles du tissu gingival normal.

La première chose importante dans le traitement de ces troubles, c'est le diagnostic juste. En cas d'auto-intoxication, par exemple, un traitement général doit être institué par le médecin en même temps que le dentiste s'occupe de l'état local. Le traitement local n'amènera jamais la guérison permanente dans les cas de ce genre.

Tous les cas de pyorrhée peuvent être atténués par l'hygiène, principalement par le régime alimentaire, en évitant la viande et les sucreries et par la cure hydrique.

Il s'agit de déterminer ce qui a lieu dans un cas donné, découvrir la cause, explorer soigneusement les culs-de-sac purulents et de voir dans quelle mesure les membranes péridentaire et alvéolaire sont intéressées, ce qu'il y a de tissu nécrosé, combien il y a de dents branlantes, la cause générale et la cause locale irritante.

Cela fait, nettoyer les dents avec soin, avec des instruments délicats et une grande légèreté de touche, en ayant soin de passer partout. Concentrer ses efforts sur une dent jusqu'à ce qu'elle soit absolument propre. Débarrasser la bouche de tout mucus et de tout débris et l'antiseptiser avant de commencer le nettoyage. Projeter abondamment des solutions antiseptiques dans les alvéoles avant le nettoyage.

Quand les culs-de-sac purulents sont profondes ou d'accès difficile, y tasser d'abord de la gaze saturée dans de l'acide sulfo-phénique à 25 o/o ou de l'acide sulfurique aromatique, qu'on y laisse 24 heures. Dégager alors le collet de la dent de façon à voir une zone étendue et à nettoyer la racine.

L'acide sulfo-phénique amollit les calculs et en facilite l'enlèvement. Afin d'atténuer la douleur qui accompagne le nettoyage, passer dans la poche du coton saturé dans une solution de cocaïne-adrénaline à 1 o/o et l'y laisser 5 minutes. Tasser du coton absorbant autour de la dent pour la tenir sèche et absorber tout excès d'anesthésique.

La dent nettoyée et la poche complètement lavée, j'emploie dans les poches profondes de l'acide sulfo-phénique ou de l'acide trichloracétique à 20 o/o, de l'acide lactique pur ou de l'acide sulfurique

aromatique. S'il y a beaucoup de tissu nécrosé et de pus, je tasse quelquefois dans la poche de la gaze saturée du premier acide et l'y laisse vingt-quatre heures.

Il y a des cas où la poche est haute et où la paroi alvéolaire la recouvre, il est alors plus aisé de l'atteindre par une incision dans le tissu gingival.

Quand le collet est très sensible, après nettoyage j'emploie du chlorure de zinc à 20 o/o dans de la teinture d'iode. S'il y a beaucoup de tissu à régénérer, je me sers du glycérol iodé de Talbot et de zinc. Si un simple astringent est nécessaire, j'emploie des cristaux d'oxyde de zinc. Si un stimulant est nécessaire, je recours à la résorcine.

Si toute l'opération a été conduite avec soin, on ne doit pas voir de pus à la seconde séance. S'il y en a, cela provient d'un dépôt négligé sur une racine; essayer de l'enlever. Voir ces cas tous les deux jours au début, puis tous les trois jours et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive à une fois par mois; quand tout est terminé les voir une fois tous les trois mois.

Apprendre au patient à se masser fréquemment la gencive. Prescrire un bain de bouche et une poudre dentifrice convenant à chaque cas et ne pas recourir aux dentifrices tout prêts.

Dans les cas très graves où le retrait de la gencive est considérable, prescrire le lait de magnésie de Philipps maintenu dans la bouche par un morceau de gaze placé sous la lèvre.

S'il y a des dents très branlantes, les fixer par une ligature ou une attelle. Dans les molaires du haut, si une racine seulement est fortement atteinte, enlever celle-ci, et obturer les canaux avant d'exciser. Quand une poche cesse de suppurer et que le tissu mou est près de la dent, ne pas l'éloigner, mais sécher le collet et le tissu mou adjacent et faire pénétrer l'agent employé dans le cul-de-sac.

Quand le cas est très avancé à moins que l'état général ne soit très favorable, le traitement est très aléatoire.

(*American Dental Journal*, janv. 1907.)

REVUE ANALYTIQUE

Pathogénie de la colite et de la stomatite mercurielles. — Les maladies de la bouche chez les souffleurs de verre. — Abrasion typique professionnelle de l'incisive centrale. — Quelques mots sur la dentine irrégulière.

Pathogénie de la colite et de la stomatite mercurielles.

Après avoir exposé ses recherches d'histologie pathologique ayant trait à cette affection, M. Almkvist en aborde la pathogénie. Une question qui, jusqu'à présent, a considérablement embarrassé les pathologistes est celle de l'élection qu'affecte le processus pour la muqueuse de la bouche et du côlon. A l'égard de ce dernier, l'auteur estime que l'agent de la localisation est l'hydrogène sulfuré, qui imprègne la muqueuse et qui se développe chroniquement sous l'influence de la digestion, tandis qu'il fait presque toujours défaut ou n'existe que d'une façon transitoire dans l'intestin grêle et dans l'estomac. Imprégnant donc la muqueuse colique, l'hydrogène sulfuré amène la précipitation du mercure circulant dans les vaisseaux (naturellement les plus fins et les plus superficiels), et sa transformation en sulfure de mercure. Des cellules endothéliales vasculaires, les granulations hydrargyriques sont prises par les leucocytes et acheminées vers l'extérieur.

La dilatation des vaisseaux n'est nullement l'effet des précipitations mercurielles dans leur paroi; en effet la dilatation occupe surtout les veines, ce qui devrait être le contraire, si les dépôts métalliques entravaient la circulation. La vaso-dilatation est donc probablement la conséquence d'une action nerveuse — d'origine toxique.

Pour la bouche, c'est l'hydrogène sulfuré qui est encore l'agent de la précipitation mercurielle et de la stomatite consécutive. Chez une personne ayant de bonnes dents et qui les soigne, la gencive sertit exactement le collet des dents. Dans le cas contraire, et le plus fréquent, la gencive se décolle légèrement, et dans le petit cul-de-sac, qui en résulte, s'accumulent des débris alimentaires, dont la fermentation donne lieu à de l'hydrogène sulfuré; ce gaz imprègne donc constamment cette portion de la muqueuse. Dans ces conditions, s'il survient une intoxication hydrargyrique, on comprend facilement que les précipitations mercurielles se fassent de préférence à ce niveau. L'expérimentation en fournit la preuve : chez les animaux l'intoxication ne s'accompagne jamais de stomatite; toutefois, si avant de leur administrer le mercure, on décolle un peu leurs gencives, et qu'on les irrigue pendant un certain temps avec une solution chargée d'hydrogène sulfuré, la stomatite apparaît.

(Almkvist, *Hygeia,* mars 1907, *Semaine médicale,* 5 juin 1907.)

Les maladies de la bouche chez les souffleurs de verre.

La plus commune de ces maladies est constituée par l'emphysème de la parotide. Dès que l'ouvrier gonfle ses joues, l'air pénètre dans

le canal de Sténon jusque dans les plus fines divisions, mais en respectant le tissu cellulaire de la parotide. Il se forme alors au-devant des oreilles une tuméfaction des joues qui ne disparaît que par la compression.

L'embouchure du canal de Sténon est élargie et peut laisser passer des débris alimentaires; dans ces conditions la parotidite suppurée n'est pas exceptionnelle.

Cette affection qui est d'abord douloureuse, cesse de l'être par la suite, et n'oblige pas l'ouvrier à quitter sa profession. Elle peut être évitée si l'ouvrier a soin de ne pas souffler à pleine bouche, mais d'utiliser surtout la force du diaphragme et des poumons.

Chez ceux qui emploient une méthode défectueuse d'insufflation, la muqueuse des joues présente des taches grisâtres analogues aux plaques muqueuses ; elles siègent au niveau des grosses molaires qu'elles ne dépassent guère.

Les dents prennent une couleur jaune sale comme chez les fumeurs invétérés ; le bord libre des incisives est souvent usé par l'embouchure de la canne ; elles laissent entre elles un orifice arrondi.

Les lèvres sont souvent fissurées, érodées ; les joues relâchées, sont pendantes et flasques. Enfin, dans les fabriques mal surveillées, le passage de bouche en bouche du même instrument cause la contagion syphilitique et tuberculeuse.

(Max Scheier, *Archiv. f. Laryng.*, 1907. XIX. 3, *Presse Méd.*, 22 avril 1908.)

Abrasion typique professionnelle de l'incisive centrale.

Il s'agit d'une abrasion qui n'a pas encore été publiée jusqu'à maintenant et que l'auteur a pu observer souvent chez des ouvriers employés à la fabrication des cigares à Heidelberg et aux environs. Ce sont des abrasions de surface plus ou moins accentuées, devenant plus profondes à la partie médiane des incisives centrales.

L'auteur présente plusieurs modèles qui démontrent les dimensions différentes de cette abrasion. Lors de la confection des cigares les ouvriers ont l'habitude de couper avec les dents le bout de l'enveloppe.

Dans aucun cas la perte de substance n'était assez avancée pour mettre la pulpe à nu.

L'auteur souligne le manque d'hygiène dans les fabriques, de nature à répandre les maladies telles que tuberculose, syphilis, etc., car c'est justement cette partie des cigares coupée avec leurs dents que les fumeurs mettent dans la bouche.

(Peckert, Heidelberg. *Deut. Zahn. Woch.*, nº 21).

S.

Quelques mots sur la dentine irrégulière.

L'auteur comprend sous ce titre la dentine de nouvelle formation : dentine secondaire nodule pulpaire, la dentine sénile. Ses recherches concernent surtout la dentine sénile, sur laquelle les opinions sont différentes ; il examine des dents de différents âges, depuis leur éruption

jusqu'à la vieillesse et distingue pour chaque dent deux périodes principales d'évolution.

I) La période avant l'éruption, formation de la couronne, du collet et la partie supérieure de la racine.

II) Depuis l'éruption jusqu'à la chute naturelle ou chirurgicale. Il subdivise la dernière :

a) Période d'accroissement radiculaire. A cette époque le dépôt de dentine se fait en largeur, intérieurement du côté de la couronne et du collet, et en longueur pour la racine.

b) Epoque où le dépôt de dentine en longueur est terminé et où l'on n'observe plus que le dépôt de dentine en épaisseur.

Dans les dents de la première période, l'auteur observe la structure suivante de la dentine : Les canalicules (dents qui n'ont pas encore fait éruption) ont un trajet droit presque parallèle entre eux, verticalement vers les fibrilles et montrent des ramifications secondaires seulement dans la partie périphérique de la couronne. C'est ce qu'il appelle la « dentine régulière » et que l'on observe dans les racines des dents, qui ont fait éruption.

Il est rare de rencontrer de la « dentine régulière » dans les dents qui ont fait éruption (les caractères de la dentine irrégulière).

Le trajet des canalicules subit des modifications qui sont :

1° Les canalicules présentent des torsions en s'approchant de la chambre pulpaire ;

2° Au même point les canalicules éprouvent des déviations latérales qui leur donnent la forme en bayonnette ;

3° Leur trajet est flexueux, qui augmente jusqu'à la forme de U avec des ramifications secondaires dans la partie concave ;

4° Entre les canalicules régulières passent tout d'un coup de nouvelles canalicules qui poussent les premières de côté et apparaissent sur une grande partie dans la substance fondamentale ;

5° Des odontoblastes sont emportés dans la dentine et s'atrophient : dans quelques cas ils se transforment en ostéoblastes ;

6° Les prolongements divisés des odontoblastes se réunissent en un seul ;

7° La substance fibrillaire de la dentine se développe sensiblement au détriment des canalicules, qui finissent par disparaître.

L'auteur rencontre dans les formations pathologiques de la dentine (dentine secondaire, nodule pulpaire), les mêmes irrégularités que dans la dentine transformée physiologiquement.

(Reich, *Viertel. für Zahn.*, janvier 1908.)

S.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Ponce pour le polissage. — Ayant remarqué maintes fois l'impression désagréable et très justifiée, produite par la ponce, dans les polissages, je présente à mes confrères une formule d'un prix de revient très modique et pouvant être exécutée partout :

Ponce porphyrisée....	100 grammes.
Savon amygdalin.....	10 —
Menthol..............	0 gr. 20
Saccharine...........	0 gr. 20
Eosine................	0 gr. 20

Triturer finement ces substances, puis ajouter peu à peu de la glycérine pour former une pâte plus ou moins ferme.

Aromatiser avec cinquante gouttes d'essence de menthe anglaise.

Cette pâte adhère très bien à la brosse et ne cause aucune impression désagréable au malade.

Elle est d'une conservation indéfinie et il suffit pour assurer une asepsie opératoire parfaite de n'en prélever que la quantité nécessaire au moment du besoin. (V. GOUTHIÈRE, de Nemours, Seine-et-Marne.)

Emploi du caoutchouc mou pour la rétention des dentiers artificiels. — Il s'agit d'un procédé utile de fixation des dentiers de vulcanite haut et bas par la pression atmosphérique et l'adhérence de contact de telle sorte que la mastication et la conversation ne les dérangent pas.

Cette méthode s'applique surtout quand un dentier ne tient pas en place en raison de la platitude extrême et de la dureté des tissus.

Le mode de fixation est le suivant : le dentier, haut ou bas, est fait et vulcanisé comme d'habitude et les bords sont façonnés de manière à dégager les muscles quand la bouche est ouverte ou fermée et à laisser libre le mouvement de la langue. Puis on coupe un filet de 3 mm. de large avec une fraise à la hauteur de l'épaisseur du caoutchouc qui servira. Ce filet ou rainure est fait complètement autour du bord de la plaque du côté voisin de la gencive et en travers du dos de la pièce, de sorte qu'elle forme une rainure continue autour de la face palatine de la plaque.

Le fond de ce filet ou rainure est badigeonné d'une solution de caoutchouc dans le chloroforme. On coupe alors une bande de caoutchouc mou de 1 mm., on le place dans cette rainure, on l'étend avec

une spatule, avec les doigts ou un autre instrument en laissant le caoutchouc mou dépasser le bord de la pièce. Les extrémités du morceau de caoutchouc sont fortement unies au moyen d'une spatule chaude de façon à former un ruban continu autour de la pièce.

On met le tout dans le plâtre dans le moufle et l'on revulcanise, après quoi l'on façonne et l'on polit. (*Dental Summary*, avril 1907, p. 245.)

Résistance de la porcelaine. — Quand la porcelaine est fortement engagée dans le ciment, il est presque impossible de briser le bord sans enlever le ciment. Elle a plus de force ainsi qu'autrement. On peut briser un rubis de montre entre ses doigts, mais quand il est engagé dans le ciment, on peut peser dessus de tout son poids sans le briser. (*Dent. Surg.*)

Bulles d'air dans la porcelaine. — La présence de nombreuses bulles dans le bridge de porcelaine est due à l'emploi de trop grandes quantités de porcelaine à la fois sur une monture rigide. La première couche ne doit jamais recouvrir les crampons ni même les toucher, sinon, en se rétractant, elle laisse un espace au-dessous qui forme une bulle. Appliquer plusieurs couches jusqu'à ce que la monture soit recouverte, en obtenant un léger glaçage chaque fois et la porcelaine sera exempte de bulles. (*Dent. Dig.*)

Cuisson de la porcelaine. — En général la porcelaine est trop cuite; mais la température à laquelle on la soumet n'est pas le seul élément qui la change, il y a aussi le temps pendant lequel elle cuit. Si une température de 1000° par exemple est nécessaire pour biscuiter un morceau de porcelaine en cinq minutes, on obtiendra le même résultat avec 800° seulement, mais avec un temps plus long. Si la première partie n'est pas assez cuite, elle le sera davantage aux cuissons subséquentes, mais si l'on obtient le glaçage à la première cuisson, cette partie sera trop cuite avant que l'inlay soit fini. En ne perdant pas de vue cette considération, on aura de la porcelaine bien plus forte. (*Dent. Rev.*)

Polissage de la face meulée des dents de porcelaine. — On obtient un poli parfait de la dent de porcelaine meulée avec une préparation connue sous le nom de *porcela*, destinée à nettoyer et à polir les conduits de bain, etc. Humecter avec de l'eau et employer avec une roue de feutre sur le tour. (*Dent. Cosm.*)

Nettoyage des limes. — Quand une lime à vulcanite est encrassée par du caoutchouc et du plâtre, on peut aisément la nettoyer en l'entourant de coton absorbant et en saturant celui-ci de chloroforme. En dix minutes elle peut être parfaitement nettoyée si l'on se sert d'une roue à brosse rigide montée sur le tour. (*Dent. Rev.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UNE NOUVELLE ÉTAPE

La reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole dentaire de Lyon constitue dans l'évolution odontologique française une étape nouvelle dont on ne saurait assez souligner l'importance.

Lentement, pied à pied, les odontologistes français conquièrent le domaine qui doit leur appartenir et élèvent leur situation sociale à son véritable niveau. Les faits se chargent eux-mêmes d'affirmer chaque jour davantage la valeur de leur technique et la nécessité de l'autonomie que réclame leur science spéciale.

Le Parlement vient une fois de plus, comme il l'avait fait lors du vote de la loi de 1892 et lors de la déclaration Bastid en 1894, de montrer ses sympathies pour les écoles dentaires libres et les chirurgiens-dentistes. Nous ne pouvons que l'en féliciter et nous en féliciter tous.

Nos confrères lyonnais ont eu raison de fêter avec une certaine solennité cet événement professionnel et de remercier publiquement tous ceux qui y ont contribué et non seulement l'auteur de la proposition de loi, le député Cazeneuve, mais encore tous les amis de l'École, tous les ouvriers de la première heure, le dévoué directeur Guillot, l'excellent président Pont, le laborieux secrétaire Vichot et tous leurs vaillants collaborateurs dont les noms sont rappelés ci-dessous.

Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous enregistrons ce nouveau fait de l'histoire professionnelle ; nous nous souvenons des chaudes discussions qui ont eu lieu au Congrès de Lyon en 1898 sur l'utilité ou l'inutilité de la création d'une école dentaire dans la grande cité lyonnaise et de l'enthousiasme avec

lequel nos confrères de l'École dentaire de Paris, et nous-même nous avons participé à sa fondation. Aussi saluons-nous avec plaisir le succès que vient de remporter cette sœur de nos deux écoles parisiennes, car, unies toutes les trois dans la Fédération dentaire nationale, elles constituent notre meilleur instrument de progrès professionnel.

C. GODON.

LOI PORTANT DÉCLARATION D'UTILITÉ PUBLIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE LYON

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'association formée en vue de l'enseignement supérieur dentaire de Lyon et l'établissement d'enseignement libre qu'elle a créé, désignés sous le titre : « Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon », sont reconnus d'utilité publique et, comme tels, investis de la personnalité civile.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Rambouillet, le 29 avril 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, G. CLEMENCEAU.

ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

Samedi soir, 30 mai, dans les salons du restaurant Maderni, l'Ecole dentaire de Lyon a fêté sa reconnaissance d'utilité publique.

Aux côtés du docteur Pont, président du Conseil d'Administration, et du docteur Guillot, le dévoué directeur, avaient pris place M. le docteur Cazeneuve, député ; M. Beauvisage, adjoint, professeur à la Faculté de médecine ; M. Barberot, adjoint, et Bianconi, inspecteur d'académie, représentant M. le maire de Lyon et M. le recteur, empêchés, et tous les professeurs de l'Ecole. M. le préfet, qui n'avait pu assister au dîner, est arrivé au dessert et a passé la soirée avec les convives.

Au nom de l'Ecole, M. Pont a remis à M. Vichot, récemment promu, les palmes d'officier d'académie ; il a remis également plusieurs médailles commémoratives aux amis et maîtres de la première heure, MM. Ravet, E. Bonnaric, Rouvier et Chazette. Puis M. Guillot a rappelé la création de l'école, les difficultés du début, les doutes, enfin le résultat heureux, sanctionné aujourd'hui par la reconnaissance d'utilité publique, dû à la bonne entente, au dévouement, à la science, à la bonne volonté de tous. Il a montré le fonctionnement de l'institution, les nombreux élèves qui ont subi avec succès, après trois années d'études à l'école, les épreuves du diplôme de chirurgien-dentiste devant la Faculté de médecine ; il a fait connaître les services rendus aux indigents qui fréquentent par milliers annuellement la clinique du quai de la Guillotière. Enfin, il a fait ressortir que c'était l'initiative privée seule, sans aucune aide officielle, qui avait mis sur pied et entretenait cette école.

Successivement M. Cazeneuve, M. le préfet, M. Bianconi et M. Barbero ont félicité ceux qui, non seulement, eurent l'idée de l'école, mais surent la mener à bon port, grâce à leur ténacité et à leur volonté.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE (A. F. A. S.)

Ainsi que nous l'avons annoncé, c'est à Clermont-Ferrand que se tiendra cette année le Congrès de l'A. F. A. S., dont la section d'odontologie constitue le Congrès national annuel des dentistes français. Il importe que ceux-ci participent en grand nombre à cette réunion qui continuera la brillante tradition de ses devancières, toutes autant d'éclatantes manifestations odontologiques. Que l'union se fasse plus étroite que jamais pour que notre Congrès se dresse toujours plus vivant contre les attaques et les entreprises stomatologiques !

Nous publions ci-dessous l'appel adressé par M. Franchette, président pour cette année de la section, et nous comptons qu'il sera entendu par la plupart de nos confrères.

Congrès de Clermont-Ferrand
3-10 août 1908

Paris, le 1er juin 1908.

—

« Mon cher Confrère,

» Vous avez pu constater en parcourant le volume que publie chaque année l'Association française pour l'Avancement des Sciences, que la section d'odontologie tant au point de vue du nombre et de la qualité de ses travaux qu'à celui de ses nouveaux adhérents suit une progression constante.

» L'imposante manifestation que furent les derniers Congrès, de Lyon, sous la présidence de notre savant confrère le docteur Frey; de Reims, sous celle de mon honorable prédécesseur M. le professeur Francis Jean sont une preuve évidente de sa robuste vitalité.

» Les Congrès de l'Association qui réunissent annuellement, dans une ville différente, les divers groupements professionnels, en outre, qu'ils nous permettent de nous mieux connaître, nous facilitent la centralisation des efforts individuels ayant pour but l'étude, la critique et aussi la généralisation des progrès accomplis dans les différentes branches de notre si intéressante profession.

» La large publicité que l'Association, dont nous avons l'honneur de faire partie, donne aux communications qui sont faites aux cours de nos séances et qui en est, en quelque sorte, le prolongement et la matérialisation, permet, à ceux de nos membres qui n'ont pu joindre leurs efforts aux nôtres, de profiter de nos travaux.

» J'espère, mon cher Confrère, que vous voudrez bien continuer à vous intéresser et surtout à participer aux travaux de notre section et que vous voudrez bien vous joindre à nous cette année pour nous apporter le précieux concours de votre expérience professionnelle.

» Veuillez agréer, je vous prie, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

» *Le Président de la Section d'Odontologie,*
» F. FRANCHETTE. »

Nous donnerons, dans les journaux professionnels, la liste des nouveaux adhérents ainsi que les titres des communications que vous voudrez bien nous faire parvenir dans le plus bref délai possible.

NOTA. — Les communications qui n'auront pas été lues en séance par leur auteur ne seront pas publiées.

Prière d'adresser les lettres à M. Franchette, 5, place du Théâtre-Français, à Paris (Ier).

N. B. — MM. les Auteurs sont instamment priés d'adresser un court résumé de leurs communications au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris, avant le 10 juillet. C'est à cette condition seulement qu'il sera possible, conformément au désir du Conseil, de distribuer des exemplaires de ce résumé aux séances des sections et de le faire paraître dans le fascicule publié à la suite du Congrès.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE
(F. D. N.)

La F. D. N. a tenu le 11 juin la réunion que nous avons annoncée dans notre dernier numéro avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture du procès-verbal et de la correspondance comprenant les réponses des sociétés provinciales aux demandes qui leur avaient été adressées par circulaire, l'assemblée a procédé à la nomination du Comité national de propagande du Congrès de Berlin, qu'elle a constitué au moyen d'un certain nombre de représentants de chaque société adhérente à la F. D. N.

La discussion des conclusions du rapport Roy-Villain sur la réforme des études dentaires a eu lieu et s'est terminée par l'adoption de ces conclusions, en prenant acte des réserves formulées par certains membres au nom de leurs sociétés respectives. Une Commission a été chargée de présenter ces conclusions aux pouvoirs publics et de faire auprès de ceux-ci les démarches nécessaires en vue de cette réforme.

De nouvelles adhésions de sociétés à la F. D. N. ont été reçues et acceptées, adhésions qui, comme l'a dit son président, redonnent à ce Groupement une nouvelle vigueur et l'autorité qu'il avait précédemment. De nouvelles souscriptions pour la fondation du prix international Miller ont été annoncées.

Le bureau actuel a été maintenu en fonctions.

Des félicitations ont été adressées à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon, à l'occasion de sa reconnaissance d'utilité publique.

Les délégués à la F. D. I. ont été chargés de défendre à la session de Bruxelles les projets adoptés dans la réunion.

Des félicitations ont été adressées au Ministre de l'Instruction publique en raison de la création de services dentaires dans les écoles normales primaires, et un vœu a été émis en faveur de l'extension de ces services aux écoles primaires, ainsi qu'un vœu sur les services dentaires dans l'armée.

Enfin la F. D. N. a fixé sa prochaine séance au Congrès de Clermont-Ferrand.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE (fondée en 1884)

43, rue des Ecoles.

« SECTION DENTAIRE. »

Toute Faculté ou Ecole faisant partie de l'A. est organisée en section. Chaque section se compose de tous les membres actifs inscrits sur le registre de la faculté ou de l'école qu'elle représente. La section vote elle-même son règlement. Son bureau, choisi parmi ses membres, en dehors des délégués au Comité, comprend : un président, deux vice-présidents, un secrétaire-trésorier, un bibliothécaire. Le président sert d'intermédiaire entre la section et le comité.

Les élèves de l'Ecole dentaire avaient jusqu'en 1904 été rattachés à la section de médecine, mais leur nombre augmentant, ils ont bientôt pu former une section qui est aujourd'hui une des plus prospères de l'Association, et groupe une grande partie de l'élite studieuse de l'école. Il suffit pour s'en convaincre de voir avec quelle assiduité sa salle de bibliothèque est fréquentée.

La salle de travail de la section est vaste et bien éclairée. Indépendamment des volumes de la riche bibliothèque, des journaux et revues dentaires, les camarades ont à leur disposition des crânes désarticulés, boîtes d'os, etc.

Au point de vue extérieur, la section 513 et 514 a conquis une place officielle à l'Ecole dentaire. Son bureau représente auprès des professeurs les étudiants en chirurgie dentaire et leurs intérêts privés ou collectifs.

Ses réunions mensuelles, dont certaines sont accompagnées d'un banquet, sont des plus suivies et des plus cordiales. Elles fournissent à ses membres l'occasion d'un rapprochement nécessaire à leurs travaux et lui permettent de soutenir au dehors leurs intérêts.

En outre des nombreux avantages généraux de l'Association, les étudiants-dentistes trouvent, on le voit, à la section, des avantages spéciaux que seule peut fournir une association ayant derrière elle vingt-quatre années d'activité et de succès croissants.

C. GAUDRON.

HYGIÈNE

LES DENTS ET LES SOINS A LEUR DONNER

Par le professeur MILLER.

Dents de lait et dents permanentes.

Tout être humain a deux séries de dents ou dentitions. Les premières dents (temporaires) apparaissent pendant la première enfance et se nomment dents de lait. La deuxième série de dents (permanentes) apparaît de 6 à 18 ans.

Dents de lait. — La première dentition est composée de vingt dents. Elles commencent à percer les gencives vers le septième mois, et sont généralement toutes sorties au commencement de la troisième année. Les premières dents qui paraissent sont ordinairement les incisives centrales inférieures. Celles-ci sont suivies, quelques semaines après, par les incisives supérieures ; puis viennent successivement les incisives latérales inférieures, les premières molaires (dents doubles, dents triturantes), les secondes (dents de l'œil) et les secondes molaires. L'époque pendant laquelle les diverses dents font éruption peut varier considérablement.

Chute des dents de lait et leur remplacement par la dentition permanente. — Avant que les dents de lait commencent à tomber, la première molaire permanente (large dent triturante) paraît au bout de la rangée des dents de lait, quand l'enfant a environ 6 ans.

La chute des dents de lait et leur remplacement par les dents permanentes ont lieu entre la septième et la douzième année.

Les incisives et les canines de la dentition de lait sont remplacées par des dents semblables de la dentition permanente, et les molaires par les prémolaires (petites dents doubles).

Derrière chaque première molaire permanente, qui paraît, comme on l'a déjà dit, pendant la sixième année, paraît une deuxième molaire pendant la douzième ou la treizième année, et derrière celle-ci paraît encore une troisième molaire, généralement appelée « dent de sagesse » vers la dix-huitième année, quoique cette dernière ne fasse son apparition quelquefois que bien des années plus tard et parfois n'apparaisse pas du tout.

La dentition complète contient trente-deux dents : deux incisives, une canine, deux prémolaires et trois molaires, ce qui fait huit dents sur chaque moitié de la mâchoire en haut et en bas.

Importance des dents de lait. — Le soin des dents de lait est de la plus grande importance parce que :

1° La mastication parfaite des aliments est nécessaire au développement naturel et à la santé de l'enfant. Les dents cariées et qui font mal, l'inflammation et l'émission de matières provenant des gencives et des mâchoires causées par ces dents, et aussi les grands vides produits par la carie ou la perte des dents rendent impossible une mastication parfaite, et, de cette manière, affectent sérieusement la santé, la force et la croissance de l'enfant. Il est absolument impossible qu'un enfant ayant la bouche pleine de dents gâtées et douloureuses soit fort, robuste et sain ;

2° Les dents de lait malades peuvent avoir de très mauvaises conséquences sur les dents permanentes futures qui sont en voie de formation ;

3° Le développement naturel et complet de toute la mâchoire dépend beaucoup de l'état sain des dents de lait et de leur usage fréquent et répété pour mordre et mâcher.

Les parents devraient par conséquent se bien garder de tomber dans une erreur grave en négligeant le soin des dents de lait. Une dent qui est spécialement importante est la première molaire permanente qui apparaît à l'extrémité de la dentition de lait des deux côtés sur les deux maxillaires vers la fin de la sixième année. Elle est la plus grande de toutes et présente une large surface pour la mastication. Elle rend les plus grands services entre la 7e et la 12e année de l'enfant, avant que les autres molaires aient fait leur apparition et lorsque les dents de lait ne suffisent plus pour la mastication complète. Ceci est spécialement le cas quand les dents de lait sont cariées ou sont devenues branlantes. Cette dent devrait donc recevoir une attention particulière et les parents doivent surtout éviter de la prendre pour une dent de lait, et de la faire arracher au premier signe de carie.

Importance d'avoir de bonnes dents. — On ne saurait attacher trop d'importance à une bonne denture. L'attrait d'une personne ne dépend pas seulement de sa bonne apparence, mais aussi une mauvaise haleine gâtée par l'odeur désagréable que dégage une bouche malsaine et mal entretenue nuit au possesseur d'une telle bouche, répugne à ses amis et est embarrassante pour tous. Une personne ayant des dents fortement gâtées est placée dans des conditions désavantageuses dans la lutte journalière pour la vie.

En outre, de bonnes dents ont encore une plus grande importance à cause de l'effet qu'elles ont sur la nutrition et la santé du corps. Un proverbe allemand dit : « Ce qui est bien mâché est à moitié digéré ». Les parents désireux de donner à leurs enfants un héritage précieux, qui ne pourra jamais leur être soustrait, devraient leur apprendre la valeur considérable d'excellentes dents, et l'importance de mastiquer

complètement leurs aliments. Si les avantages d'une dentition excellente et bien entretenue sont grands, les inconvénients d'une dentition mauvaise et malade sont encore plus grands.

Les dents gâtées causent :

1° Des douleurs intolérables et fréquentes empêchant momentanément tout travail ;

2° Une mauvaise haleine ;

3° Des maladies des gencives et des mâchoires ;

4° L'incapacité de mâcher convenablement les aliments, et comme conséquence, une digestion défectueuse et une mauvaise nutrition ;

5° Des maladies sérieuses d'autres organes du corps.

Des troubles plus ou moins graves de la digestion proviennent invariablement tôt ou tard de dents gâtées. Ces troubles ne sont pas causés seulement par une mastication imparfaite des aliments.

Dans chaque bouche, il y a un grand nombre d'organismes minuscules invisibles à l'œil nu, qui se multiplient par myriades partout où se trouvent des dents gâtées ou des gencives malades. Quelques-uns de ces organismes sont relativement inoffensifs, mais d'autres produisent des poisons qui nuisent différemment à la santé du corps.

Les maux de tête, les nausées, le manque d'appétit, l'indigestion, les maladies des poumons, l'inflammation des glandes du cou, les maladies des yeux et des oreilles et même l'empoisonnement du sang, sont fréquemment causés par des dents gâtées. Nous pouvons donc conclure de tout cela qu'une bonne dentition est un des plus grands biens et qu'une mauvaise dentition est un des plus grands maux du corps humain.

Soins pour éviter la carie.

Cause de la carie et ce que l'on doit faire pour l'éviter. — On sait que le lait exposé dans un endroit chaud tourne bientôt, et, si l'on veut essayer de mélanger un peu de pain ou de pomme de terre avec de la salive, on remarquera que ce mélange met environ de 2 à 4 heures pour tourner à l'aigre. Dans ces deux cas, l'acidité (l'aigreur) est produite par l'action d'organismes microscopiques appelés bactéries. Si l'on met un fragment de dent humaine dans du lait aigre ou dans ce mélange de pain et de salive, on pourra se rendre compte qu'avec le temps ce fragment de dent s'amollit et que peu à peu il se dissout entièrement.

C'est ce qui se produit dans la bouche lorsque des particules d'aliments contenant de l'amidon, tels que pain, pomme de terre, riz, ou autres aliments sucrés, adhèrent aux dents ou se cachent dans leurs interstices pendant un certain temps. Ces matières deviennent acides et attaquent les dents. Nous devons donc, si nous voulons empêcher les dents de se carier, *détruire ou retirer tous ces germes de ma-*

ladies de la bouche, ou nous devons prendre des précautions pour qu'ils n'y séjournent pas après les repas.

Le premier moyen est irréalisable, quoique nous puissions, par des soins convenables donnés à la bouche, réduire considérablement le nombre des bactéries. Nous n'avons qu'à compter sur une propreté minutieuse des dents pour les protéger, et il est clair que, si aucune parcelle d'aliment ne reste entre les dents, il ne peut pas se former d'acide et se produire de carie quand bien même il y aurait des bactéries.

Avec une brosse à dents convenable et de l'eau pure, à laquelle on peut ajouter un peu de sel de cuisine, les dents doivent être bien nettoyées après chaque repas et surtout après le souper, car c'est pendant la nuit que l'acide agit le plus sur les dents.

Après le brossage des dents, on ne devrait rien absorber jusqu'au repas suivant, ou, tout au moins éviter de manger des sucreries, surtout celles qui s'attachent aisément aux dents.

Tout en procédant au brossage, on aura soin de bien se rincer la bouche et de prendre une gorgée d'eau qu'on fera passer à plusieurs reprises entre les dents pour les débarrasser des parcelles d'aliments qui n'ont pu être atteintes par la brosse.

Il est particulièrement difficile d'entretenir la propreté des dents cariées (creuses), qui devront être obturées ou arrachées au cas où elles seraient trop endommagées.

On devra se servir, pour le brossage des dents d'une brosse moyenne dont les soies ne soient ni trop raides ni trop serrées.

A son extrémité, cette brosse devra être munie d'une touffe de crins dépassant les autres en longueur pour atteindre plus aisément la surface postérieure des dents de sagesse et les parois internes des dents en général.

On aura grand soin que la brosse passe sur chaque face des dents, en la mouvant parallèlement aux dents (en bas et en haut) tout en frôlant le bord des gencives. Les parcelles d'aliments logées entre les dents et que la brosse ne pourrait enlever devront être retirées au moyen d'un cure-dents en plume d'oie ou à l'aide d'un fil de soie qu'on passera entre les dents.

Le bicarbonate de soude, la craie préparée, ou un mélange de ces deux substances, sont très bons pour servir avec la brosse.

Chacun devrait, autant que possible, se faire examiner les dents deux fois par an, afin que les cavités (trous) qui se produisent malgré les plus grands soins puissent être obturées pendant qu'il en est temps encore et surtout avant qu'elles soient douloureuses.

Dents artificielles.

Un dentiste habile et ayant de l'expérience peut remplacer les

dents perdues par des dents artificielles qui rendent plus ou moins parfaitement les mêmes services que les dents naturelles. Mais celui qui, pour cette raison, néglige ses dents naturelles, croyant qu'il sera toujours possible de les remplacer, commet une grande faute. Une semblable erreur ne peut provenir que de l'ignorance qu'on a de l'inconvénient de la souffrance et même de la maladie qu'on doit subir avant que les 32 dents naturelles soient détruites ou que les chicots soient arrachés ; de plus, les dents artificielles ne rendent que rarement et imparfaitement tous les services que l'on en attend.

Instructions pour les soins à donner aux dents. — Les règles suivantes peuvent servir de guide pour les soins à donner aux dents :

1° Ne jamais perdre de vue que les dents sont une partie du corps au même titre que les yeux, les oreilles, les doigts ou tout autre organe ;

2° Ne pas oublier que l'état de la bouche et du corps dépend grandement de l'état de santé des dents ;

3° La croissance des mâchoires et la force des dents dépendent, comme celles de toute autre partie du corps, de l'exercice qu'on leur donne. On doit donc apprendre aux enfants à se servir avec vigueur de leurs dents pour broyer leurs aliments, et surtout leur défendre de se servir de boisson pour faciliter l'absorption des aliments ;

4° Les soins à donner aux dents doivent commencer aussitôt que toutes les dents de lait ont percé, c'est-à-dire vers la fin de la deuxième année ;

5° Comme les dents et les os sont principalement composés de sels de chaux, l'enfant doit prendre des aliments riches en chaux, tels que lait pur et frais, viande, légumes (haricots, choux, etc.), surtout dans les contrées où l'eau est douce (c'est-à-dire exempte de chaux).

6° Les dents doivent être soigneusement nettoyées après chaque repas, même après l'absorption d'un aliment quelconque. On ne devra, sous quelque prétexte que ce soit, négliger de se nettoyer les dents avant de se coucher. Mieux vaut se rincer complètement la bouche que de ne pas la nettoyer du tout ;

7° Après le nettoyage des dents, ne prendre aucun aliment ni aucune sucrerie. Les légumes ou tout autre aliment renfermant de l'amidon ou du sucre (tels que pain, riz, pommes de terre, etc.) sont bien plus nuisibles aux dents que la viande. Les sucreries, surtout celles qui adhèrent aisément aux dents, ne doivent pas être absorbées entre les repas ;

8° Les dents doivent être examinées deux fois par an par un dentiste et celles qui sont gâtées doivent être obturées, ou, si elles sont trop endommagées, être arrachées.

BIBLIOGRAPHIE

Le service dentaire dans l'armée française.

Par M. Siffre,

Médecin-dentiste des troupes coloniales, chargé de l'Enseignement de la Chirurgie dentaire aux médecins coloniaux.

Depuis longtemps, l'hygiène dentaire dans l'armée est l'objet des préoccupations des Sociétés, des Congrès, des Fédérations dentaires; mais si tous les groupements sont d'accord sur la nécessité de soins dentaires permanents pour les soldats, ils ont, néanmoins, des conceptions assez différentes du régime à instituer. Depuis un an particulièrement, les articles relatifs à ce sujet se sont multipliés dans la presse professionnelle, et l'on n'a pas oublié les nombreuses études de la question qui ont été publiées ici même [1].

Nous avons sous les yeux une intéressante brochure de notre distingué confrère, M. Siffre, intitulée « Le service dentaire dans l'armée française », dans laquelle il expose ses vues particulières, et le résultat de leur mise en pratique. La conception de l'auteur a subi en effet un début de réalisation, puisqu'il réussit à assurer, dans une certaine mesure, le service dentaire de la brigade coloniale de Paris, et que les médecins militaires coloniaux reçoivent un enseignement dentaire, ce qui constitue un de ses plus importants *desiderata*. Il est vrai que cette expérience se poursuit dans des conditions éminemment favorables, puisqu'elle a lieu à Paris, avec l'aide d'une clinique privée bien organisée, et qu'elle ne concerne que l'armée coloniale qui jouit, croyons-nous, d'une autonomie relative. Aussi peut-on se demander si les résultats seraient conformes à l'expérience, après généralisation du système ?

Dans la première partie de sa brochure, M. Siffre cite ou résume un certain nombre de rapports et de vœux relatifs à l'hygiène dentaire militaire : rapport de M. Cunningham au Congrès international de 1889 avec le projet de résolution qui s'ensuivit ; vœu du Congrès de Bordeaux en 1895, rapport de M. Monnin au Congrès de Nancy en 1896, communication de M. Godon au Congrès de Paris en 1897, vœux du Congrès international de Paris en 1900; enfin il cite les articles parus sous la signature de M. Bonnefoy dans le *Bulletin du Syndical des chirurgiens-dentistes.*

L'auteur examine la question sous deux faces :

1° Le malade, c'est-à-dire le soldat atteint de lésions bucco-dentaires;

2° Le médecin, c'est-à-dire celui qui devra soulager, guérir, et, si

1. V. *Odontologie*, 30 déc. 1907, p. 547 et 562. — 15 janvier 1908, p. 24. — 30 avril 1908, p. 339. — 30 mai 1908, p. 448.

possible, maintenir la guérison des lésions bucco-dentaires du soldat.

En ce qui concerne le soldat, M. Siffre part de ce principe que l'Etat prend, pour concourir à la défense de la patrie des hommes en parfaite santé, et non des faibles dont il aurait à faire des forts ; il n'a pas pour devoir principal, sous le prétexte qu'il doit créer une armée, de faire de certains hommes qui vont la composer, des privilégiés, en leur faisant ce que ces hommes eux-mêmes n'ont pas pu ou pas voulu faire. C'est à la Société *civile* d'accomplir son devoir en formant des citoyens *civils* bons pour le service. Ces citoyens une fois incorporés, c'est à l'autorité militaire à les *maintenir* dans ce bon état. En d'autres termes, on doit instituer un service dentaire, mais dont le but ne saurait être comparé à celui que nous visons dans la vie civile où notre chirurgie dentaire est pour une bonne part, esthétique. Nous croyons bien exprimer la pensée de M. Siffre en disant qu'il s'agira seulement d'empêcher les hommes de devenir *indisponibles* par une cause dentaire qu'il faudra seulement, pendant le court passage de deux ans au régiment, les maintenir dans un état d'équilibre dentaire, gagner du temps jusqu'à ce que la vie civile les reprenne.

D'autre part M. Siffre semble vouloir réserver aux soldats rengagés, aux soldats de carrière le droit à une thérapeutique dentaire, sans cependant que l'Etat ait à prévoir un matériel et un personnel spécial dont le rôle pourrait se prolonger par une thérapeutique esthétique. L'argument donné par l'auteur est qu'il ne faut pas faire des soldats de deux ans des privilégiés relativement aux citoyens débiles de 20 à 22 ans, qui eux devraient de leurs deniers assurer le bon état de leur denture.

Le rôle dentaire militaire serait en somme limité :

1° A l'extraction des organes ne pouvant être conservés par les simples moyens purement thérapeutiques ;

2° Au traitement des organes déterminant une souffrance susceptible d'interrompre le service, ce rôle serait donc circonscrit à la carie dentaire seule, c'est-à-dire au traitement, par homme, de quatre dents conservables et à l'extraction de quatre dents perdues (statistique de Cunningham).

Ces seuls soins exigeraient la présence sous les drapeaux de 700 praticiens spéciaux pour un effectif réel de 500.000 hommes.

En somme l'auteur ne trouve nulle part une preuve qu'il soit urgent ou même utile de créer le service dentaire militaire obligatoire gratuit, spécial et autonome.

M. Siffre envisage ensuite la question du personnel qui serait appelé à soigner les dents des soldats. Il est bien entendu que l'élément médical actuel serait trop peu nombreux pour assurer les soins complets ; cependant l'auteur ajoute qu'on peut concevoir un service fonctionnant pour les hommes demandant spontanément des soins, et assuré par les médecins militaires, à condition qu'il soit créé un

matériel, et un enseignement spécial pour ces médecins militaires.

A ces médecins pourront être adjoints les élèves dentistes, les chirurgiens-dentistes, les médecins auxiliaires spécialisés, sans que jamais le médecin chef de service cesse de rester chef du service dentaire. M. Siffre examine à ce sujet la qualité des services que l'on est en droit d'attendre de ces auxiliaires, et il ne cache pas le peu de confiance qu'il aurait, le cas échéant, dans les aptitudes des élèves des écoles dentaires de 1re et de 2e année.

Quant au chirurgien-dentiste diplômé, il faudrait lui donner un grade, et créer d'emblée quelques centaines d'officiers du service dentaire ; réforme peu aisée à obtenir, et qui serait d'après l'auteur rendue impossible par le manque de candidats à une situation en somme peu rétribuée. Donc pas de corps d'officiers dentistes, pas plus d'ailleurs avec le docteur-dentiste qu'avec le chirurgien-dentiste.

M. Siffre expose ensuite la façon dont il donne les soins dentaires aux soldats de la brigade coloniale de Paris, dans une clinique privée. Il a voulu prouver qu'on pouvait faire quelque chose, sans rien changer à l'état actuel du service médical ; en outre il ajoute que les médecins de la brigade coloniale de Paris se sont bien trouvés d'un stage de six semaines dans sa clinique, où ils trouvent un enseignement spécial qui peut leur être d'une grande utilité dans les longs séjours qu'ils font aux colonies.

En terminant, M. Siffre résume en quelques formules les termes du problème d'une organisation dentaire dans l'armée :

1° Pas de nouveau fonctionnaire permanent. Pas d'officier dentiste militaire de carrière ;

2° Le médecin militaire thérapeute des dents, comme il l'est des autres organes ;

3° Enseignement de la dentisterie utile et seulement nécessaire aux médecins militaires pendant leur séjour dans les écoles de santé ;

4° Augmentation du nombre des médecins militaires si besoin est pour compenser le temps pris par les soins des dents sur le temps de service en général ;

5° Création d'un cours de dentisterie dans toutes les écoles de médecine militaire, et création d'une clinique dentaire dans ces écoles (comme cela a lieu à Marseille à l'Ecole d'application du service de santé colonial) ;

6° Constitution d'un arsenal dentaire sommaire pour le service régimentaire ;

7° Constitution d'un arsenal dentaire complet composant une salle d'opération de dentisterie (à l'hôpital) ;

8° Déterminer la condition d'adjuvat par les docteurs en médecine et élèves en médecine spécialisés en art dentaire, par les chirurgiens-dentistes et les élèves dentistes ;

9° Déterminer dans quelles conditions sera faite la prothèse aux soldats de carrière. Tels sont, en ce qui concerne l'hygiène dentaire militaire, les *desiderata* de M. Siffre que nous nous sommes contenté d'exposer aussi complètement que possible sans les discuter. D'autres conceptions ont été et seront encore développées ici même qui sont d'un esprit un peu différent de celui qui caractérise le projet que nous avons analysé.

Quoiqu'il en soit, nous tenons à dire tout l'intérêt que nous avons pris à la lecture de cet ouvrage ; on y trouvera une étude complète de la question, qui s'y montre sous des aspects toujours originaux, et y est traitée avec toute l'indépendance dont est coutumier l'auteur. Nous lui adressons bien volontiers nos félicitations pour la belle initiative dont il a fait preuve, en constituant de toutes pièces le service dentaire d'une brigade coloniale.

HENRI DREYFUS.

Cinquante leçons de sciences physiques et naturelles.

Par P. LEDOUX,

Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

La liste des publications des membres du Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, déjà longue cependant, vient de s'enrichir d'un nouvel ouvrage, dû à M. Ledoux et intitulé *Cinquante leçons de sciences physiques et naturelles*, avec des applications à l'hygiène, à l'agriculture et à l'industrie.

Afin de faciliter l'étude de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, aux candidats au certificat d'études, l'auteur a eu l'heureuse idée de diviser son sujet en *leçons*, traitant chacune d'une question différente. Il aborde ainsi successivement toutes les parties du programme qu'il s'est donné mission d'embrasser. C'est ainsi par exemple que la première leçon est consacrée aux trois états des corps, la deuxième à l'air et à l'idée du baromètre, la troisième à l'air et à sa composition, etc.

L'ouvrage est divisé en cinq parties : notions élémentaires sur les états des corps, corps bruts, êtres vivants, animaux (vertébrés et invertébrés), le sol et les plantes, répondant au cours moyen des écoles primaires. Il est basé uniquement sur la méthode expérimentale, afin d'amener plus aisément les élèves à comprendre et à réfléchir, et l'auteur s'est efforcé de faire ressortir le côté pratique de chaque étude. Chaque leçon est terminée par un certain nombre de questions, par un résumé et par un sujet de devoir écrit.

Le volume de 285 pages, illustré de 308 figures ou dessins schématiques, que les élèves peuvent reproduire, est édité chez Hachette et Cie.

Hygiene odontologica.

M. Ayres de Carvalho Junior a présenté à l'école médico-chirurgicale de Porto (Portugal) une dissertation inaugurale sur l'hygiène dentaire, qui a été publiée en un volume de 162 pages.

Ce travail est divisé en deux parties subdivisées, la première en six chapitres, la seconde en deux chapitres. L'auteur passe successivement en revue dans la première, la physiologie dentaire, la grossesse et ses rapports avec les dents, la première dentition, la seconde dentition, l'étiologie des affections dentaires, leurs complications et les moyens de les prévenir ou de les corriger, la carie. Dans la seconde partie, l'auteur examine l'organisation odontologique à établir en Portugal, en se basant sur les dispositions adoptées à l'étranger, ainsi que les moyens de propagande, nécessaires pour résoudre le problème odontologique en Portugal.

Il termine en formulant un certain nombre de propositions.

L'année électrique, électrothérapique et radiographique.

Par M. Foveau de Courmelles.

Un volume in-12, Béranger édit. Paris 1908.

M. Foveau de Courmelles publie sous ce titre, comme il le fait tous les ans, depuis huit ans, la revue des travaux et des progrès qui ont vu le jour pendant l'année 1907. Cet intéressant ouvrage met au courant de toutes les découvertes relatives à l'électricité faites par tous les savants de tous les pays.

Les questions traitées comprennent toutes les applications de l'électricité. Le chapitre consacré à l'électrothérapie sera surtout apprécié de ceux qui veulent se familiariser avec la question de l'électrolyse médicamenteuse, dont l'application à la thérapeutique dentaire a donné et donnera encore des résultats heureux. On lira avec fruit le livre de M. Foveau de Courmelles ; on y trouvera tout ce qui concerne l'électricité et la radiothérapie. Voici d'ailleurs le chapitre de cet ouvrage qui par la variété échappe à toute analyse :

Faits et appareils nouveaux. — Electro-chimie. — Propriétés électriques des métaux colloïdaux. — Lumière. — Chauffage. — Traction. — Télégraphie et signaux. — Télégraphie sans fil. — Electricité atmosphérique. — Electricité de sources diverses. — Applications diverses de l'électricité. — Hygiène et sécurité électrique. — Electrothérapie. — Radiographie. — Radiothérapie. — Photothérapie. — Radioactivité et radium. — Jurisprudence.

H. D.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL DE LA SEINE (9e Ch.)

Présidence de M. Sureau.

Audience du 16 mai 1908.

I. Brevet d'invention. — Art dentaire. — Emploi nouveau. — Procédé connu. — Fonction non nouvelle. — Non brevetabilité.

II. Brevet d'invention. — Art dentaire. — Rondelles métalliques. — Métaux mous. — Pièce unique évidée. — Procédés connus. — Non brevetabilité.

I. *Il n'y a pas application nouvelle, mais il y a au contraire, un simple emploi nouveau, non brevetable, lorsque la fonction demandée à un procédé connu est la même que celle en vue de laquelle ce procédé a été utilisé jusqu'alors.*

En conséquence, le fait d'avoir pensé le premier à se servir, pour la fixation de pièces dentaires, d'un procédé déjà connu et utilisé pour fixer d'autres objets, tels que des bougeoirs et des crochets, ne saurait être considéré comme l'application nouvelle de moyens connus (1).

II. *Manque de nouveauté et n'est pas brevetable, la fabrication de rondelles métalliques, destinées à produire, lors du moulage des pièces dentaires, les creux nécessaires pour placer les appareils à succion alors, que ces rondelles sont obtenues des métaux mous d'une seule pièce, dont la face postérieure est évidée, procédés depuis longtemps connus, de l'aveu même du breveté* (2).

(*Contenau et Godart c. Picard frères.*)

Le Tribunal, — Attendu que Contenau et Godart ont assigné les frères Picard, en contrefaçon des brevets à eux délivrés, sous les numéros 238.094 (20 juillet 1894) et 258.765 (26 novembre 1896).

En ce qui concerne le brevet numéro 238.094 :

Attendu qu'il a pour objet un nouveau dispositif, destiné à produire la fixation des pièces dentaires, par la succion automatique, lequel est caractérisé par l'emploi de rondelles en caoutchouc, moulées au préalable, de façon à leur donner une forme concave ; que, dans leur mémoire descriptif, les susnommés exposent que, depuis longtemps, on fabrique ces pièces dentaires à succion, mais, dans tous les systèmes connus, la succion est obtenue au moyen d'une rondelle en caoutchouc, à laquelle on donne la forme concave voulue, après qu'elle a été fixée sur la pièce dentaire et ce, en comprimant le centre de la

rondelle, au moyen d'une plaque disposée à cet effet, et sur laquelle agit la tête d'une vis ou d'un rivet; que ce dispositif, nécessitant l'aména fixée sur la pièce dentaire, et ce, en comprimant l'un destiné à recevoir la rondelle en caoutchouc, et l'autre, devant recevoir la plaque métallique, il en résulte que la pièce dentaire doit présenter une épaisseur gênante, pour la personne qui l'emploie; que l'avantage du dispositif, par eux breveté, consiste en ce que, les rondelles par eux employées, étant préalablement moulées, de façon à présenter par elles-mêmes, la forme concave nécessaire, il suffit de les fixer à la pièce dentaire, au moyen d'une vis et d'un écrou, ce qui offre cet avantage qu'il n'y a plus qu'un épaulement à pratiquer dans ladite pièce, et que, par suite, l'épaisseur en peut être sensiblement diminuée;

Mais attendu que, depuis longtemps et à coup sûr, bien antérieurement au brevet des demandeurs, on utilise le procédé de la succion, autrement dit, de la pression atmosphérique, pour fixer certains objets sur des surfaces unies, et que ce procédé se caractérise par l'emploi de rondelles en caoutchouc préalablement moulées et de forme concave;

Attendu que le fait par les demandeurs, d'avoir pensé les premiers à se servir, pour la fixation de pièces dentaires, d'un procédé déjà connu et utilisé pour fixer d'autres objets, tels que des bougeoirs et des crochets, ne saurait être considéré comme l'application nouvelle de moyens connus; qu'en effet, il n'y a pas application nouvelle, mais qu'il y a, au contraire, un simple emploi nouveau, non brevetable, lorsque la fonction demandée à un procédé connu, est la même que celle en vue de laquelle ce procédé a été utilisé jusqu'alors;

Attendu que l'on ne voit pas quelle objection pourrait être sérieusement élevée contre l'application de ce principe aux faits de la cause, si c'étaient les brevetés qui aient les premiers imaginé de se servir de rondelles en caoutchouc pour la fixation des pièces dentaires, mais que, s'il est exact qu'antérieurement à leur brevet, on se servait déjà à cet effet, de rondelles en caoutchouc, et que leur découverte ait consisté seulement à modifier la forme desdites rondelles, il est hors de doute que cette circonstance, qui ne peut que diminuer le mérite de leur découverte, ne saurait, en aucun cas, leur conférer des droits autres et plus étendus que ceux qu'ils auraient eus, pour avoir créé pour le tout le dispositif faisant l'objet de leur brevet;

Attendu qu'il y a donc lieu de déclarer nul, pour défaut de nouveauté, le brevet numéro 238.094;

En ce qui concerne le brevet numéro 258.765: Attendu qu'il a pour objet un perfectionnement apporté par les demandeurs, à la fabrication de rondelles métalliques, destinées à produire, lors du

moulage des pièces dentaires, les creux nécessaires pour placer les appareils à succion : que, dans leur mémoire descriptif, ils exposent que, jusqu'alors, ces rondelles étaient faites avec des métaux mous, d'une seule pièce et que le perfectionnement par eux revendiqué, consiste dans le fait d'avoir formé lesdites rondelles, au moyen de la juxtaposition de plusieurs feuilles de métal mou, lesquelles sont réunies et enveloppées dans une feuille en étain très mince ;

Mais attendu que, si l'on se reporte aux saisies pratiquées chez les défendeurs, on constate que les rondelles en métal de leur fabrication sont d'une seule pièce, et qu'on n'y trouve pas ce qui caractérise le brevet ci-dessus, c'est-à-dire, la réunion de feuilles de métal mou enveloppées dans une feuille d'étain ; qu'il n'y a donc pas contrefaçon ;

Attendu, il est vrai, qu'après avoir décrit, ainsi qu'il est dit ci-dessus, l'objet de leur invention, les demandeurs ajoutent, dans leur mémoire, qu'au lieu d'employer plusieurs rondelles enveloppées dans une feuille d'étain, ils se réservent, dans certains cas, de former ladite pièce au moyen d'une seule rondelle de métal mou, dont ils évident la face postérieure, de facon à augmenter encore sa souplesse ;

Mais attendu, que cette fabrication manque de nouveauté, et n'est pas brevetable ; qu'en effet, ainsi que cela a déjà été rappelé, les susnommés, dans leur mémoire même, déclarent, qu'antérieurement à leur invention, les pièces métalliques dont s'agit étaient obtenues avec des métaux mous d'une seule pièce, que d'autre part, le procédé consistant à évider une pièce pour en diminuer l'épaisseur est depuis longtemps connu, et qu'en l'employant, ainsi qu'ils l'expliquent, ils n'en ont pas fait une application nouvelle, pouvant autoriser l'obtention d'un brevet valable ;

Par ces motifs, déclare Contenau et Godart mal fondés en leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute ; et, statuant sur la demande reconventionnelle ; prononce la nullité du brevet demandé le 25 avril 1894 et délivré sous le numéro 238.094 ; ordonne la mainlevée de la saisie du 28 février 1907 et, attendu que les circonstances de la cause ne comportent pas l'allocation de dommages-intérêts, déclare les défendeurs mal fondés dans le surplus de leurs demande et conclusions, les en déboute ; condamne Contenau et Godart aux dépens.

Min. publ. : M. Piedelièvre, subst., Proc. Rép. Plaidants : Me Allart, avocat, assisté de Me Simette, avoué, pour Picard frères ; Me Brugnon, avocat, assisté de Me Rondest, avoué, pour Contenau et Godart.

Observations. — (1 et 2.) Sur les conditions auxquelles les inven-

tions sont brevetables, et en particulier sur la non-brevetabilité de l'emploi nouveau d'un moyen connu, consulter : Pand. fr. Rép., v° *Propriété industrielle*, n°s 2788 et suiv., et *ibid* n° 3145 à 3229 (Conf. Trib. Seine, 4 novembre 1902, *La Loi* du 7 novembre 1902. — Trib. Seine, 23 novembre 1903, *La Loi* du 27 novembre 1903. — Trib. Seine, 22 mars 1906, *La Loi* du 29 mars 1906. — Paris, 19 décembre 1907, *La Loi* du 15 mars 1908.

(*La Loi du* 23 *mai* 1908.)

Au sujet de ce jugement, MM. Contenau et Godart nous adressent une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

Comme complément à la petite note insérée dans le dernier numéro de *L'Odontologie* (30 mai), page 482, au sujet du procès en contrefaçon intenté par nous à MM. Picard et frères, il y a lieu d'ajouter que le jugement nous déboutant et prononçant la déchéance du brevet *n'est pas définitif,* puisqu'il sera *frappé d'appel.*

Nous comptons sur votre obligeance pour insérer cette lettre dans le prochain numéro (15 juin).

NOUVELLES

Examens de chirurgien-dentiste.

Les examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu aux dates ci-après :

1er	le lundi	6 juillet	à 9 heures. à 3 h. 1/2.
	le mardi	7 —	à 9 heures. à 3 h. 1/2.
2e	le mercredi	8 —	à 9 heures.
	le jeudi	9 —	à 3 h. 1/2.
3e	le vendredi	10 —	à 9 heures.
	le lundi	13 —	à 9 heures.
	le mercredi	15 —	à 9 heures.

Les consignations pour ces trois examens seront reçues jusqu'au 30 juin, avant 4 heures. Les quittances devront être remises au Secrétariat le jeudi 2 juillet.

Les candidats subiront les examens d'après l'ordre des consignations.

Dentistes des hôpitaux.

MM. Fargin-Fayolle, Monier et Rousseau ont été nommés dentistes des hôpitaux.

Fédération dentaire belge.

Nous apprenons avec plaisir qu'à la suite du voyage de M. Sauvez à Bruxelles, voyage dans lequel il était accompagné, comme nous l'avons dit, par MM. Solbrig et Platschick, la Fédération dentaire belge a été fondée et le comité a été constitué comme suit :

Président : E. Rosenthal.
Vice-présidents : Thomson (père) ; Graulich.
Secrétaire : Dr Delvielmaison.
Secrétaire-adjoint : Dr Vanderbeken.
Trésorier : L. Quintin.

Ce comité comprend des membres de trois sociétés dentaires belges. C'est une bonne nouvelle pour la profession tout entière et l'indice de la bonne confraternité et du désir de progrès, qui règnent actuellement parmi nos confrères de Belgique.

Mariages.

Le mariage de notre distingué collaborateur, le Dr Truman W. Brophy, de Chicago, avec Mlle Esther W. Strawbridge, a été célébré récemment.

Notre confrère, M. Paul Roger, s'est marié le 3 de ce mois, avec Mlle Jeanne Jarrousse, fille de M. Jarrousse, maire de Vanves et conseiller général de la Seine.

Nous adressons nos sincères félicitations aux nouveaux époux.

Élections municipales.

Nous apprenons que M. le Dr Lombard, directeur de l'Institut médical, a été élu conseiller municipal du chef-lieu de canton d'Ivry avec 3.862 voix.

Exposition d'hygiène dentaire.

Le Conseil d'hygiène dentaire de Boston a organisé une exposition d'hygiène dentaire et buccale qui est restée ouverte du 1er au 8 mai. Des conférences avec projections ont été faites pendant l'exposition.

École dentaire de Montréal.

L'École dentaire Laval, à Montréal (Canada), vient de clore son année académique, et parmi ceux qui ont obtenu le doctorat, D. D. S., sont : MM. Albert Auer, de Mulhouse ; Charles Morel, de Romans (France) ; Lucas S. Kablechkoff, de Sofia (Bulgarie) et Léon Maurel, de Buenos-Ayres (République Argentine).

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 16. — Jeune dentiste demande place d'opérateur assistant pour province pendant trois mois. Prétentions modestes.

N° 17. — F. M. P., 27 ans, au courant des travaux de prothèse et de cabinet, désire place d'opérateur en province avec promesse cession.

N° 18. — Jeune chirurgien-dentiste F. M. P., D. E. D. P., demande à partir de juillet place d'opérateur pour Paris ou province.

N° 22. — On demande chirurgien-dentiste F. M. P. dans ville du centre de 12.000 habitants. Pas de concurrent. Facilités.

N° 25. — Dame dentiste F. M. P., D. E. D. P., exerçant depuis 5 ans, désire faire remplacement pendant août. Paris ou province.

N° 29. — Jeune dentiste parlant allemand et espagnol désire place d'opérateur mécanicien en Espagne.

N° 30. — Opérateur diplômé F. M. P. est demandé pour banlieue du 20 juillet au 31 août.

Jeune garçon de 14 ans, intelligent, cherche une place de groom chez dentiste. Bonne famille et recommandation.

Se reporter au N° du 30 mai pour autres demandes.

Les offres ou demandes doivent être adressées par écrit au président de la Chambre syndicale, M. Delair, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou 12, rue Cernuschi, Paris.

28e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1908 VOL. XXXIX

L'ODONTOLOGIE

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RÉCENTE CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE SUR L'HYGIÈNE DE LA BOUCHE DANS LES ÉCOLES NORMALES ET LES INTERNATS PRIMAIRES

Par M. G. LAMY,

Inspecteur général de l'Instruction publique.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 2 juin 1908.*)

J'ai dit à mon ami M. le docteur Godon que je répondrais avec empressement à son appel quand il m'a prié de venir dire ici quelques mots sur la récente circulaire de M. le Ministre de l'Instruction publique sur l'hygiène de la bouche dans les écoles normales primaires et les internats annexés aux écoles primaires supérieures.

Il m'a été très agréable de saisir la première occasion qui m'était offerte pour vous entretenir de préoccupations qui désormais doivent nous être communes et, en particulier, pour appeler votre attention sur la circulaire ministérielle du 23 mars dernier. C'est en effet entre les mains de votre corporation qu'est remis le succès de l'application, ou, pour mieux dire, le sort même de cette circulaire.

Je vous parlerai d'abord des circonstances qui ont donné naissance à cette circulaire. J'essaierai d'en définir l'importance sans l'exagérer ni la diminuer, et enfin je terminerai

en vous faisant part des difficultés que peut soulever son application, tout au moins au début, et en sollicitant votre concours pour lever quelques-unes de ces difficultés.

Depuis un certain nombre d'années, vous le savez, l'opinion publique s'intéresse de plus en plus en France à toutes les questions qui se rattachent à l'hygiène publique.

Diverses sociétés se sont fondées pour encourager ce mouvement et préparer les voies aux réformes nécessaires. L'une de ces sociétés est la Société d'hygiène sociale que préside, avec sa haute autorité, M. Léon Bourgeois.

La législation même s'est ressentie de ce mouvement d'opinion et des résultats considérables ont été acquis.

La durée moyenne de la vie humaine a été prolongée de douze années en France depuis 1789. En ce qui concerne l'armée en particulier, dans les 30 dernières années, de 1872 à 1901 la mortalité, grâce à l'hygiène mieux comprise du soldat, y a été abaissée de 9.49 pour mille en 1872 à 5.37 pour mille en 1901.

Faut-il vous rappeler aussi la loi Roussel, ainsi appelée du nom du bienfaiteur de l'humanité qui l'a fait voter en 1874, loi qui a abaissé la mortalité des nouveau-nés de 25 o/o, grâce à la surveillance active qui est exercée maintenant sur eux partout où ils sont placés dans les campagnes ; enfin et surtout la loi qu'on peut appeler la charte de la santé publique, la loi de 1902, qui rend obligatoires la vaccination et la revaccination, la désinfection de tous les immeubles contaminés et même l'assainissement des localités ou régions dans lesquelles, dans les trois dernières années, la mortalité moyenne aura été supérieure à la mortalité moyenne française? Cette dernière loi, dont les effets sont longs à se faire sentir, parce que, pour des considérations multiples, on n'a pas pu tenir strictement la main à ce qu'elle fût appliquée comme elle aurait dû l'être, a produit déjà cependant des résultats appréciables. L'année dernière même, M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, qui s'est souvenu qu'avant d'être Président du Conseil, sénateur et député, il avait été médecin, l'a fait

appliquer, pour la première fois, en ce qui concerne l'assainissement obligatoire, à la ville de Privas, dans laquelle la moyenne des décès pendant les dernières années avait été sensiblement supérieure à la moyenne des décès dans l'ensemble de notre pays.

Si bienveillantes et utiles qu'aient été ces mesures législatives, si notables que soient les résultats acquis, il s'en faut que la législation qui protège chez nous la santé publique ait paré au danger qui menace la France de périr de la pire des morts, faute de Français, puisque, d'après les statistiques les plus récentes, l'abaissement de la mortalité en France ne compense plus hélas ! l'affaiblissement de notre natalité.

Si je vous ai parlé de cette question de l'hygiène publique, c'est que l'hygiène scolaire est en quelque sorte un canton de l'hygiène publique, comme l'hygiène dentaire est un canton de l'hygiène scolaire. L'hygiène scolaire a fait l'objet, dans les vingt dernières années, d'une réglementation renfermée dans une foule de circulaires, d'arrêtés qui n'ont jamais été codifiés, dont le moindre tort est d'être comme éparpillés, quelquefois même contradictoires, car telle maladie, qui était réputée contagieuse il y a quelques années, est déclarée aujourd'hui non contagieuse.

Cette réglementation scolaire est inspirée des meilleures intentions. Je dois dire qu'à mes yeux elle est encore à l'heure actuelle très insuffisante non seulement parce qu'elle a été faite au jour le jour, mais parce que l'hygiène scolaire est encore dans l'enfance. Comme sa sœur aînée l'hygiène publique, l'hygiène scolaire est encore à l'état de devenir. Mobilier scolaire, assainissement des locaux, etc., que de points sur lesquels médecins et hygiénistes discutent sans s'entendre! Mais il y en a un assez grand nombre sur lesquels ils sont d'accord pour que des préoccupations communes unissent dès maintenant les médecins, les pères de famille, le public éclairé, et les sollicitent à associer leurs efforts. Ce sont ces préoccupations qui ont donné naissance à la *Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène*

scolaire, qui a fait sans bruit chez nous, dans ces dernières années, une si utile besogne.

Ce mouvement en faveur de l'hygiène scolaire, s'il n'est pas né chez nous, semble devoir s'y développer rapidement. Il doit son origine aux Congrès internationaux d'hygiène scolaire.

Les Congrès internationaux d'hygiène scolaire ont déjà siégé deux fois, une première fois en 1904 à Nurenberg, une seconde fois l'année dernière à Londres. J'ai eu l'honneur de représenter le Gouvernement français au Congrès international d'hygiène scolaire de Londres, au mois d'août dernier. J'ai vu de près ce qui s'y est fait. Il y avait là plus de 1.500 délégués de tous les pays étrangers, qui avaient choisi pour les représenter des personnalités souvent fort éminentes.

Le Congrès international d'hygiène scolaire de Londres a fixé le siège du prochain Congrès international à Paris, en 1910. J'ai été chargé d'annoncer au Congrès international de Londres que le Ministre de l'Instruction publique de France prenait sous son haut patronage le prochain Congrès international d'hygiène scolaire, que le Ministre de l'Instruction publique, quel qu'il soit en 1910 — les noms peuvent changer, mais il y aura toujours un Ministère et un Ministre de l'Instruction publique — sera le président, non pas d'honneur, mais bien le président effectif du prosent Congrès international d'hygiène scolaire.

Ceci est un fait considérable, car ce haut patronage signifie que l'hygiène scolaire a droit de cité en France et même qu'elle a cause gagnée parmi nous, puisqu'elle n'est plus seulement l'objet de l'attention des médecins et des familles, mais au premier rang des préoccupations du gouvernement lui-même. C'est une grande nouveauté que l'Etat républicain, qui a eu le premier le mérite de se considérer comme ayant charge d'âmes, se considère désormais comme ayant aussi charge de corps, contrairement à la vieille conception de l'Université qui bornait son rôle à cultiver les facultés intellectuelles des élèves confiés à ses soins.

La circulaire ministérielle dont je vais vous parler est en quelque sorte issue des assises du Congrès de Londres du mois d'août dernier. C'est précisément parce que le délégué français avait été très frappé des communications sur l'hygiène dentaire à l'étranger qui avaient été faites à ce Congrès qu'il a pensé qu'il y aurait pour nous un intérêt de premier ordre à imiter ce qui avait été fait ailleurs, dans la mesure où la chose dépend de l'initiative et des moyens d'action du Ministère de l'Instruction publique.

En passant, laissez-moi vous dire combien j'ai été déçu, j'allais dire humilié de constater qu'aucune communication n'avait été faite au Congrès de Londres par un représentant de l'art dentaire français. C'est pourquoi, tandis qu'il en est temps encore, puisque nous sommes dans la période de préparation du prochain Congrès qui aura une solennité toute particulière, puisqu'il aura lieu sous la présidence effective du Ministre de l'Instruction publique, je vous demande de la manière la plus pressante, je demande aux représentants intéressés et autorisés de votre corporation qui sont ici de songer dès maintenant à assurer la participation effective de votre corporation à ce Congrès. Il me semble qu'il y va autant de votre intérêt que de l'intérêt général.

Quoi qu'il en soit, je vous disais que la circulaire du 23 mars a été suggérée par les communications qui ont été lues au Congrès de Londres. Il y avait à ce Congrès des délégués étrangers qui nous ont mis au courant de ce qui avait été fait dans leur pays pour l'hygiène dentaire scolaire. J'ai été émerveillé de ce que j'ai appris à ce sujet, notamment des résultats qui ont été obtenus à Anvers, à Mulhouse, à Francfort et surtout à Strasbourg. Dans cette dernière ville il existe un homme de grande valeur, qui a été un peu l'apôtre de l'hygiène dentaire scolaire, c'est le professeur Jessen. J'ai lu dans votre revue *L'Odontologie* — vous voyez que je ne me désintéresse pas de vos publications spéciales — une communication qui a été faite il y a deux ans à votre revue par M. le professeur Jessen.

Il y avait, dans cette communication, une constatation d'un intérêt général. Le professeur Jessen établissait qu'en chiffres ronds 95 o/o des enfants des pays allemands ou voisins de l'Allemagne, Suisse, Alsace-Lorraine, etc., ont une denture qui réclame des soins, une denture en mauvais état. J'ai retenu ce chiffre saisissant, bien fait pour réveiller notre indifférence. M. le professeur Jessen nous a dit à Londres ce qu'il avait fait, ce qui avait été fait par la ville de Strasbourg en cinq ou six ans. Les progrès réalisés sont véritablement merveilleux.

Tous les enfants des écoles publiques de la ville de Strasbourg fréquentent gratuitement la clinique dentaire municipale, où ils reçoivent les soins nécessités par l'état de leur bouche, et cela moyennant une dépense pour la ville qui n'excède pas un franc vingt-cinq, par tête.

Voilà ce que peut une initiative municipale intelligente.

L'exemple est excellent, mais l'heure n'est pas venue chez nous de l'imiter, car nous nous heurterions à une foule de difficultés, les unes matérielles, les autres résultant de l'état même de notre législation qui permet au seul médecin inspecteur, non au dentiste l'entrée de nos écoles.

Il est bien évident d'ailleurs que les soins dentaires à donner aux enfants de nos écoles communales ne relèvent que des cliniques municipales. L'Etat ne peut pas intervenir pour cet objet dans les écoles des 36.000 communes de France.

C'est là, en quelque sorte, une question d'initiative municipale. Votre président rappelait tout à l'heure avec raison que cette initiative avait été prise dans certaines villes de France. Je ne l'ignorais pas et je le constate à mon tour à l'honneur de notre pays, mais ce sont là encore des initiatives malheureusement trop disséminées.

Il faut nous résigner à attendre le progrès des mœurs. Pour cela vous pouvez beaucoup, vous qui vulgarisez précisément par toutes vos publications, par la valeur même des soins que vous prodiguez si généreusement aux pau-

vres, aux humbles, les connaissances les plus indispensables en ce qui concerne l'hygiène de la bouche chez les enfants.

Au contraire, en ce qui concerne les établissements d'instruction publique qui relèvent particulièrement de l'Etat, il appartient à l'Etat de prendre une initiative dont l'heure a sonné, si l'on en juge par ce qui se fait à l'étranger.

Ces établissements qui relèvent de l'Etat sont de deux sortes en France. Il y a les établissements d'instruction secondaire, ceux qu'on appelle les lycées (je laisse de côté les collèges puisqu'ils ont encore un caractère municipal) et, dans l'ordre de l'instruction primaire, il y a les écoles normales primaires et les écoles primaires supérieures. En ce qui concerne les lycées, il n'est pas de ma compétence de m'étendre à ce sujet : mais vous savez comme moi que les soins dentaires y sont donnés par des praticiens autorisés sous la responsabilité du chef de l'établissement et sous la surveillance des familles intéressées. Restent les écoles normales primaires, établissements qui relèvent directement de l'Etat. Les écoles normales primaires méritaient qu'on s'intéressât à elles tout d'abord, au point de vue de l'hygiène dentaire, et cela à plusieurs titres. D'abord parce qu'elles sont fréquentées par une population particulièrement intéressante de jeunes gens qui sont précisément à l'âge où les soins dentaires sont le plus nécessaires. Ce sont des jeunes gens dont beaucoup n'ont jamais reçu ces soins, venant pour la plupart de petites communes rurales et appartenant en général à un milieu assez humble. D'autre part dans l'intérêt même de l'hygiène dentaire, dans un intérêt de propagande, il était particulièrement désirable qu'on commençât en matière d'hygiène de la bouche par les écoles normales, puisqu'elles sont peuplées de futurs instituteurs et de futures institutrices qui, plus tard, se disperseront dans les communes rurales et s'en iront vulgariser l'hygiène dentaire dont ils auront été les premiers à bénéficier.

C'est ainsi qu'est née la première idée de la circulaire du 23 mars dernier.

En ce qui concerne les écoles primaires supérieures, c'est-à-dire les internats annexés à ces établissements, le rôle de l'Etat est plus délicat et moins défini. Les internats sont bien sous la surveillance de l'Etat, mais ils sont au compte des directeurs mêmes de ces établissements, comme les internats d'un grand nombre de collèges. L'Etat n'a pas la haute main sur les internats des écoles primaires supérieures, comme il l'a sur les internats d'écoles normales.

Ceci étant dit, j'en arrive à vous résumer en quelques mots — avant de vous exposer ce qui a été fait — ce qui existait dans nos écoles normales jusqu'à la circulaire en question.

Evidemment les prescriptions de l'hygiène dentaire étaient connues en général, mais en général aussi elles n'étaient pas observées, et, même à l'heure actuelle, il s'en faut qu'elles le soient. Dans quelques-unes de nos écoles normales les mieux tenues, les pratiques de l'hygiène dentaire sont loin encore d'être généralisées. Visitant il y a quelques mois une de nos meilleures écoles normales, de l'un de nos plus riches départements du centre, je demandai à la directrice si elle se préoccupait de l'hygiène dentaire de ses élèves. Elle me répondit: « Jugez-en: j'ai institué depuis dix ans que je suis ici les fiches dentaires ». Je louai d'abondance son initiative. Mais je déchantai promptement quand, quelques minutes après, visitant les dortoirs et les lavabos annexés aux dortoirs, je remarquai que la moitié des élèves n'avaient pas de verres pour se rincer la bouche et que l'autre moitié n'avaient pas de brosses à dent.

Voici une autre expérience plus récente et non moins probante. Il y a quelques semaines à peine, inspectant une école normale d'un de nos départements du sud-ouest, je remarquai avec effroi que les rares brosses à dents qui se trouvaient au-dessus des lavabos reposaient enfouies dans une couche épaisse de poussière.

Je fis observer au directeur que cette poussière constituait un dentifrice d'un caractère inédit et qu'il était fort heureux que l'épaisseur même de la poussière qui recou-

vrait ces brosses à dents attestât qu'on ne s'en servait pas. C'est vous dire qu'au point de vue de l'hygiène dentaire, même dans ces établissements qui relèvent directement de l'Etat, qui ont des médecins attachés à la maison, ayant la responsabilité de la direction médicale, il y avait beaucoup à faire.

La circulaire du 23 mars comprend deux parties, une partie dans laquelle se trouvent énumérés les soins à donner aux dents. C'est une partie qui a été rédigée avec un grand souci de simplicité et de clarté. On s'est préoccupé avant tout de donner des conseils qui puissent être facilement suivis, non seulement en évitant l'emploi des termes techniques, mais en se bornant aux prescriptions les plus simples, les plus rudimentaires : une brosse d'une forme définie qu'on tiendra autant que possible à l'abri de la poussière ; comme dentifrice, le plus élémentaire et le moins coûteux, le savon blanc.

Nos exigences ne vont pas au delà, et nous nous tenons pour satisfaits si les soins dentaires sont donnés au moment opportun, c'est-à-dire deux fois par jour, le matin et surtout le soir.

En ce qui concerne ces soins, je dois vous dire que la circulaire ministérielle a déjà porté des fruits qui m'ont agréablement surpris, car j'ai vu avec grand plaisir dans le journal le *Petit Parisien* de jeudi dernier que la partie de la circulaire qui avait trait à ces prescriptions était reproduite textuellement, comme étant de nature à intéresser les lecteurs de ce grand journal. C'est là une preuve que notre appel a été entendu au delà même des frontières de l'Université et qu'on juge qu'il peut intéresser le grand public et lui rendre service.

La deuxième partie de la circulaire est celle qui vise l'organisation d'un service d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles normales. Ceci est une innovation considérable. Jusqu'ici il n'y avait pas de service d'inspection dentaire. Aux termes de la circulaire, il y aura un dentiste diplômé soit d'une Ecole dentaire, soit d'une Faculté de

l'Etat, qui sera chargé d'établir, au début de l'année scolaire, la fiche dentaire de chaque élève. Ces fiches seront remises à un second dentiste, le dentiste traitant, lequel fera subir à chaque élève le traitement indiqué par la fiche et remettra cette fiche entre les mains du directeur ou de la directrice de l'école, si bien que dans une deuxième visite ou inspection le dentiste inspecteur pourra s'assurer que le travail confié au dentiste traitant a été exécuté conformément aux indications de la fiche dentaire. Telle est l'économie de la circulaire.

C'est une économie très simple et je crois qu'elle répond à toutes les nécessités présentes. Cependant, quelle que soit la simplicité de cette réforme, si modeste qu'elle soit, elle n'a pas été sans soulever déjà des difficultés dans son application. Je voudrais, pour terminer, vous dire un mot de ces difficultés.

Elles sont de deux sortes. Il y a d'abord celles qui tiennent à la pénurie de dentistes. On me disait tout à l'heure qu'il y avait pléthore de dentistes en France. Eh bien j'ai une forte tendance à croire au contraire qu'il y a disette de dentistes chez nous, si j'en juge par mon expérience, qui a quelque valeur, puisque je passe une partie de ma vie à galoper à travers les villes de France. Je me trouvais la semaine dernière dans la bonne ville de Commercy, chef-lieu d'arrondissement, grosse ville de garnison qui ne compte pas moins de 3.000 hommes de troupe, pour une population de 6.000 habitants, ce qui porte la population totale à 9.000 habitants. Comme j'interrogeais le directeur de l'école normale sur l'application de la circulaire du 23 mars dernier, il me fit part de l'embarras dans lequel il s'était trouvé, attendu qu'il n'y avait pas un seul dentiste à Commercy. « Nous sommes obligés ici, me dit-il, de nous adresser à des dentistes du chef-lieu du département qui viennent une fois par semaine ou plus fréquemment, quand on les appelle. » Or, Bar-le-Duc, le chef-lieu du département, est à près d'une heure de chemin de fer de Commercy. Voilà une première difficulté. Cette difficulté n'existe assu-

rément pas partout puisque les écoles normales sont, en général, dans des chefs-lieux de départements. Cependant il en existe un assez grand nombre qui sont situées dans des villes de moindre importance.

Je vous signale ce fait car il est de votre intérêt peut-être d'en avoir connaissance. Il me semble qu'il vous serait facile de réunir les documents nécessaires pour dresser en quelque sorte la carte géographique de la distribution des dentistes en France. Cette carte ferait ressortir les points où il y a pénurie de dentistes. Ce serait là une indication d'intérêt capital pour quelques-uns des jeunes gens qui m'écoutent en ce moment et qui pourraient avoir l'idée d'aller s'établir dans ces localités déshéritées au point de vue du service dentaire, au lieu d'aller se fixer dans les villes où il y a déjà surabondance de concurrents et où, par conséquent, il est plus difficile de se créer une clientèle.

J'éprouve quelque scrupule à vous exposer la seconde difficulté que rencontre l'application de la circulaire du 23 mars, car j'aborde ici un terrain brûlant. J'essaierai cependant d'effleurer cette question, qui vous est toute personnelle, avec délicatesse, mais aussi avec franchise. Je vous ai indiqué tout à l'heure qu'il y aurait un dentiste inspecteur et un dentiste traitant. Il est très agréable d'être dentiste inspecteur, il l'est moins, paraît-il, d'être dentiste traitant. Cela est très humain, cela n'a rien d'étonnant. Les rivalités professionnelles ont existé en tous temps. Les Latins parlaient de la race irritable des poètes. On peut parler de la race susceptible des médecins sans faire injure à personne. Il en va ainsi dans toutes les corporations. Ces rivalités ne sont-elles pas une forme de la concurrence vitale ? Il n'est pas mauvais, il est même légitime qu'elles se manifestent. Mais je voudrais appeler votre attention sur ce fait que peut-être la circulaire du 23 mars a donné lieu de la part des intéressés à des interprétations qui ne sont pas justifiées. Elle fait mention, il est vrai, d'un dentiste inspecteur qui est rétribué sur les fonds de l'Etat et dont la mission consiste à dresser les fiches dentaires et à se rendre

compte si les soins nécessaires ont été donnés aux élèves des écoles normales.

Mais ce contrôle n'implique nullement une sorte de suspicion à l'égard du dentiste traitant. L'État a le droit et même le devoir d'assurer la surveillance du service dentaire institué dans ses écoles normales. Cela ne veut pas dire le moins du monde que le dentiste traitant soit soumis à la surveillance jalouse d'un confrère, d'un concurrent. Le rôle du dentiste inspecteur consiste essentiellement à établir les fiches dentaires : c'est la bouche des élèves, non le travail exécuté par le dentiste traitant qui est soumis à son inspection.

Dans cette mesure, je ne m'explique pas très bien comment certaines susceptibilités ont pu s'éveiller.

Il y a là une simple division du travail, nécessaire et bienfaisante, comme est nécessaire et bienfaisante toute division du travail. Je vous signale cette petite difficulté, parce que, représentants autorisés de votre corporation, vous êtes qualifiés mieux que personne pour faire entendre votre voix et pour dissiper tout malentendu à ce sujet. Je vous la signale sans réticence, parce que c'est une manière de faire appel à votre collaboration. Car, mesdames et messieurs, vous et nous désormais nous allons être un peu des collaborateurs sur ce chapitre spécial de l'hygiène dentaire.

Par une chance heureuse il se trouve que je suis de par mes fonctions en quelque sorte spécialisé dans l'inspection des services économiques des écoles normales, au premier rang desquels je place l'hygiène de ces établissements, si bien que l'hygiène dentaire des écoles normales va être l'objet de mes préoccupations particulières et que, ayant eu l'idée de la modeste réforme dont je viens de vous entretenir, je serai dans une certaine mesure chargé, comme inspecteur général, d'en surveiller l'application. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'en ce qui concerne cette partie de ma tâche, je ferai mon devoir, d'abord parce que c'est mon devoir, ensuite parce que c'est un devoir qui m'est très cher et dont je comprends très nettement l'importance.

Mais il me reste encore une fois à solliciter votre collaboration. Le sort de la petite réforme que nous avons instituée est entre vos mains, elle vaudra ce que vaudra le bon vouloir, le désintéressement, le zèle des dentistes, soit inspecteurs, soit traitants, qui seront chargés d'appliquer la circulaire du 23 mars. C'est pourquoi, mesdames et messieurs, en terminant, je fais appel à votre concours éclairé et cordial, persuadé que je ne l'aurai pas sollicité en vain, et que, dans l'œuvre qui va nous être commune, le Ministère de l'Instruction publique est assuré d'avoir l'appui de vos lumières et de votre dévouement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

QUELLE SERAIT L'ORIENTATION RATIONNELLE POUR L'AVENIR A LA FOIS DE L'ART DENTAIRE ET DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Le degré d'évolution de l'art dentaire dans ces trente dernières années, joint aux progrès incessants de toutes les sciences (sans lesquelles aucun art n'existe parfaitement), lié aussi aux progrès des différents problèmes sociaux, nous fait un devoir de nous préoccuper du but vers lequel peut tendre cette évolution, de l'orientation vers laquelle elle se fait et surtout de l'orientation vers laquelle la profession a intérêt à la faire aboutir.

On nous dit bien que cette orientation se fera d'elle-même. Mais il me paraît plus rationnel, plus conforme à la sage prévoyance que nous tâchions d'aiguiller cette orientation vers le but qui correspond le mieux à nos fins légitimes.

La question, à mon sens, n'est pas de celles dont on dit qu'il faut y penser toujours et n'en parler jamais : je crois, au contraire, qu'il faut en parler souvent. Aussi je crois utile d'y revenir à nouveau, dussé-je reprendre certains des arguments que j'ai déjà fait valoir, soit à la commission des réformes, soit dans nos récentes assemblées générales.

Sans doute, on ne réforme pas les lois selon son vœu : le moyen d'en préparer plus vite l'avènement consiste cependant et avant tout à se mettre d'accord sur le but recherché et à le bien définir. Le moment n'est donc pas prématuré pour chercher à élucider la forme sous laquelle il est préférable, pour nous et pour l'avenir de notre art, donc au point de vue social comme au point de vue scientifique, de voir s'orienter l'évolution de notre profession.

*
* *

— Cette fin désirée est-elle le doctorat en médecine ?

— Est-elle suffisante sous la forme du statu quo ?

— C'est entre le doctorat en médecine générale (avec ou sans stage), qui peut être considéré comme la mort de l'art dentaire spécial, et entre le statu quo insuffisant et pléthorique, qui ne peut aboutir qu'à la déchéance par consomption des dentistes et devenir bientôt une cause d'arrêt dans le progrès scientifique de notre art même : c'est donc entre ces deux extrêmes que la solution devrait prendre place.

C'est vers un doctorat en l'art scientifique autonome du dentiste : un doctorat en chirurgie dentaire.

— Mais ici deux formes de ce doctorat peuvent se poser :

Un doctorat d'*Université*.

Un doctorat de *Faculté*.

Et ce sujet est un point capital sur lequel nous devons nous entendre immédiatement, car ce sont là deux buts absolument différents, et je dirai même dans l'occurrence complètement opposés.

Le doctorat d'Université, pour nous, ne correspondrait qu'à un titre d'apparat, forme distinguée de certificat de présence qu'on offre à des étrangers venus pour prendre l'air d'un centre scientifique sans avoir suivi la filière des travaux considérables et méthodiques nécessités par un doctorat de faculté qui, lui, correspond à une forme d'études très différente.

Or, il ne s'agit pas seulement de chercher à satisfaire la vanité par un titre qui ne serait qu'une étiquette, mais d'obtenir réellement l'élévation scientifique et sociale légitime : à efforts égaux, à études et à valeur égales, un titre égal et « *parallèle* » qui établisse bien la séparation *distincte* des deux professions.

Personne d'ailleurs ne s'y tromperait et le doctorat d'Université qui ne serait pour nous qu'un titre vain ne présenterait aucune garantie de plus contre l'absorption par le doctorat en médecine générale de Faculté.

C'est donc vers un doctorat en chirurgie dentaire *de Faculté* que l'orientation devrait rationnellement se faire dans l'intérêt de l'avenir à la fois de notre art et du chirurgien-dentiste.

Nous allons voir pourquoi et comment.

* * *

— L'art de soigner toutes les maladies en général forme le domaine de la profession du médecin. La connaissance du traitement de la bouche et des maxillaires, l'art de traiter les dents et surtout celui de restaurer les uns et les autres par des travaux d'art manuel, de technique spéciale, tenant à la fois de l'art de l'ingénieur, du mécanicien et d'autres sciences spéciales, constitue le domaine du chirurgien-dentiste.

Ce sont là deux professions tout à fait différentes, bien qu'exigeant sur un certain point des connaissances identiques : ce sont deux « jets » partis des racines de l'arbre de la science de guérir ; mais l'étude de chacune de ces professions est nécessaire *en dehors* de l'autre pour exercer chacune d'elles.

Adjacentes, parallèles, elles ont de commun ce qu'elles empruntent réciproquement au tronc de l'arbre nourricier jusqu'au moment où elles en émergent pour former des arbres différents et distincts.

Sciences autonomes, professions distinctes, formées d'études complexes différentes, elles ont droit chacune pour leur compte à la consécration des connaissances adéquates à chacune d'elles.

Pour la plupart des professions scientifiques en général et pour la médecine en particulier, cette consécration existe sous la forme du *Doctorat* : la chirurgie dentaire a donc légitimement droit à cette consécration : le doctorat en chirurgie dentaire. Cela serait logique, juste ; mais cela n'est pas.

Donc, en tant qu'orientation, il y a deux choses à considérer : l'idéal logique, ce qu'il serait fondé de vouloir ; et d'autre part ce qui existe ; l'illogique réalité acquise par la loi du plus puissant.

Le moyen d'y remédier ne peut donc être l'emploi de la logique pure, mais une solution qui se dirige vers l'idéal logique, le bon sens, la justice, sans heurter l'illogique, mais puissante réalité ; donc un utile et satisfaisant arrangement.

La première condition pour y arriver, c'est de bien vouloir, chacun de son côté, apporter un réel et sincère désir de conciliation ; donc être prêt à quelque sacrifice sans lequel il n'est aucune conciliation possible.

La deuxième, c'est de bien poser les conditions du problème.

La question est, en effet, très complexe, et il apparaît d'emblée que c'est un peu une « solution de justice de paix », de jugement de Salomon qu'il convient de lui appliquer.

On oublie trop souvent en cherchant cette solution, de *considérer* les intérêts multiples qu'il est nécessaire de concilier, intérêts et privilèges plus ou moins légitimes qu'il ne faut pas heurter.

Ce sont :

1° Privilèges des médecins, qui veulent absorber toutes les sciences qui peuvent toucher à l'étude du corps humain (exemple : radiographie) ;

2° Intérêt des dentistes qui *(a)* socialement et *(b)* scientifiquement ne veulent pas paraître subalternes dans un art qu'ils pratiquent et connaissent mieux que le voisin ; qui *(c)* sentent la pléthore de la profession les obliger à une lutte de plus en plus difficile, envahis qu'ils sont d'une part par le flot des jeunes candidats, et de l'autre, par les docteurs en médecine en quête d'une profession lucrative ;

3° Intérêt de l'art dentaire pur : élévation du niveau intellectuel, complément scientifique en même temps que non-absorption par l'art médical (l'absorption équivalant à la décadence de la profession spéciale) ;

4° Privilège des écoles dentaires qui, jalouses de leur indépendance, redoutent de trouver un maître en la « personne » de la Faculté ; cherchent à s'en affranchir en tous points et veulent s'attacher l'enseignement tout entier : donc intérêt d'indépendance d'enseignement total (légitimé au point de vue technique et très discutable au point de vue médical).

Intérêt actuel à recrutement nombreux pour vivre et, par consé-

quent, à faciliter l'accès de la carrière au lieu de le limiter en augmentant son degré de valeur.

Influence néfaste de la liberté des écoles multiples, concurrentes sur le nombre des candidats et sur la qualité des exigences.

Et la classe tout entière des chirurgiens-dentistes et l'art dentaire lui-même se trouvent comprimés entre les intérêts de chacun.

Or, les privilèges sont nos ennemis, et ce que nous réclamons nous, dentistes, c'est une sanction juste due à la valeur scientifique, c'est notre droit.

Nous n'avons donc pas à rechercher ici l'étude des moyens propres à faire d'un groupement particulier l'arbitre de l'avenir social de la profession. Dans une question aussi large que celle de l'orientation professionnelle, ce n'est pas l'occasion de faire de la diplomatie privée entre dentistes et écoles, les uns et les autres devant se dévouer à des intérêts communs pour chercher une solution (diplomatique au besoin cette fois) devant les faits, devant cette réalité, devant la situation tout entière telle qu'elle est, en envisageant tous ses points de vue et tous les intéressés à la fois.

Et nous ne voulons, par ce que nous venons d'établir, que poser avec netteté, mais aussi avec indépendance, les bases du problème afin d'en chercher la solution dans le plus simple bon sens et la conciliation des intérêts les plus divers.

*
* *

Or, que voulons-nous ? Notre autonomie, notre sécurité, notre considération sociale aussi, notre évolution indépendante sans empiètement sur le voisin, mais sans absorption de celui-ci : à labeur égal, à valeur égale, la légitime égalité sociale.

Que veulent les autres ? — Que nous n'émpiétions pas sur eux ?

Si c'est là que s'arrêtent les appétits de chacun, tout est bien et tout est possible.

Mais peut-être de certains côtés (médecins et écoles) y a-t-il réciproquement quelque convoitise inopportune de privilèges. Peut-être aussi y a-t-il un moyen d'y satisfaire des deux côtés.

Voyons toujours les différentes solutions proposées et leurs rapports avec les différents intérêts en jeu.

Est-il adroit de demander le doctorat en médecine, même avec stage, ce qui n'est pas une solution, mais une tentative déguisée d'obliger le docteur en médecine à connaître quelque peu de l'art dentaire, différent du sien ?

Ou il ne l'acceptera pas, comme possédant d'emblée le droit de tout soigner sans stage ; ou il l'acceptera, et alors c'est une réduction insuffisante des études dentaires et la déchéance en somme de notre autonomie et de notre art même.

En effet, si vous obtenez purement et simplement le doctorat en médecine « avec stage », cette addition « avec stage », ce correctif léger ne comporte-t-il pas par lui-même l'idée de ce que deviendra l'art dentaire tout entier, c'est-à-dire, un « accessoire » additionnel à l'art médical et qui, par la suite de la croissance de ce dédain, deviendra nul ?

Donc le doctorat en médecine avec ou sans stage, c'est l'absorption, c'est la mort de notre profession *distincte*. Cela ne correspond pas à notre art. *Celui-ci n'est pas une profession de médecin avec un petit bagage de dentisterie. C'est au contraire une profession de dentiste, avec un appoint d'études médicales qu'on peut désirer plus ou moins complet, mais qui n'en fait pas la base.*

Le plus simple bon sens exige que la profession dentaire, que l'enseignement dentaire, soient *la base* de l'art dentaire. Le problème est de garder notre autonomie et de légitimement accéder au rang social qui est dû à notre profession scientifique, libérale, *parallèlement* et *au même titre* que celles de docteur en médecine, d'avocat, etc. Il nous faut donc élever la puissance du titre de notre art parallèlement :

1° Aux autres sciences, en tant qu'intérêt de l'art dentaire pur, en élevant son enseignement au niveau des autres sciences ;

2° Aux autres situations sociales, en tant qu'intérêt des dentistes.

Une seule solution répond à ces diverses conditions : le doctorat en chirurgie dentaire, non d'Université, mais de Faculté.

De toutes façons, et en première ligne, la nécessité s'impose des mêmes exigences officielles (baccalauréats ou autres sanctions) pour l'accès à la profession dentaire comme aux autres professions scientifiques. Cette obligation présente les nombreux avantages suivants :

— Egalité de valeur de la profession libérale dentaire avec les autres professions similaires, médicale ou autres.

— Elévation du niveau intellectuel et scientifique.

— Retard de l'âge d'entrée.

— Entrave à la pléthore professionnelle.

— Acte de prévoyance donnant la possibilité d'accès à un titre égal aux autres professions scientifiques : doctorat en odontologie de Faculté.

— Ou possibilité d'accès plus tard aux études médicales, que le doctorat en médecine générale devienne ou non obligatoire.

— Marchepied (dans tous les cas) d'acceptation des équivalences.

Aussi notre refus d'exiger à l'entrée de la profession dentaire les mêmes titres universitaires que ceux demandés pour le doctorat en médecine, d'une part, et le refus, d'autre part, de nous servir de la Faculté pour l'enseignement de la partie médicale qui est son apanage (refus qui constituerait de notre part une manifestation

d'empiètement sur son domaine) seraient là deux causes essentielles pour nous fermer toute idée d'évolution dans le sens d'élévation sociale, comme par exemple, le doctorat en chirurgie dentaire de Faculté, en même temps que pour nous fermer la porte du doctorat en médecine générale, si nous tenions à utiliser vers ce but additionnel le bagage d'études médicales déjà acquis pour l'exercice de notre profession propre.

Agir ainsi me paraîtrait prendre avec intransigeance l'intérêt des écoles seulement, au détriment de l'intérêt encore plus élevé du corps des chirurgiens-dentistes tout entier, tandis que le bon sens et la justice doivent et peuvent faire se concilier ces deux intérêts.

C'est donc ne pas douter un seul instant de l'action dévouée des écoles de penser qu'au lieu de se buter dans leur intérêt restreint, elles feront une légère concession pour l'art dentaire lui-même pour lequel elles ont été créées, et pour l'élévation sociale des dentistes qui les ont considérées comme la source de leur évolution. Elles feront cette action dévouée en étant prêtes (conditionnellement c'est entendu) à sacrifier l'enseignement médical, qu'après tout on pourrait, avec quelque raison, leur reprocher de vouloir à leur tour usurper sur ceux qui l'ont créé avant elle. — Chacun dans sa sphère, chacun dans sa spécialité et c'est sur cette position juste que l'entente peut se faire au profit de tous les intérêts conciliés entre eux.

Je demande donc :

A. — La possibilité pour le dentiste d'être docteur en son art autonome (Docteur de Faculté et non d'Université).

B. — La possibilité pour le dentiste de poursuivre ses études médicales pour posséder le titre de docteur en médecine s'il désire se l'adjoindre.

Donc de débuter par des titres universitaires, similaires dans les deux professions.

C. — L'obligation en revanche pour le docteur en médecine de faire des études dentaires pour pouvoir posséder le titre de docteur en chirurgie dentaire, avec autant de logique qu'on exigerait de lui des études spéciales pour être ingénieur ou électricien, ou autre.

Mais, comme on ne vous accorderait pas de toucher au privilège du docteur en médecine (le parchemin de docteur ayant conféré jusqu'ici le droit de traiter tout ce qui touche à l'art de soigner) ; de même que nous exerçons « *de la médecine* » sans avoir le titre de docteur en cet art, de même le médecin continue de pouvoir exercer « de l'art dentaire » sans avoir le titre de docteur en cet art, différent du sien, c'est-à-dire, sans posséder la consécration d'études complètes spéciales, différentes de celles qu'il a faites, sans posséder le titre de docteur en chirurgie dentaire.

En résumé, le chirurgien-dentiste qui a fait ses études dentaires a

droit au titre de docteur en chirurgie dentaire et non de docteur en médecine.

Le docteur en médecine a droit d'exercer l'art dentaire, mais n'a pas droit au titre de docteur en chirurgie dentaire.

S'il désire l'obtenir, le docteur en médecine peut poursuivre ses études spéciales dentaires en faisant les trois ans de technique pour obtenir le doctorat en chirurgie dentaire.

Et, parallèlement, le docteur en chirurgie dentaire peut poursuivre ses études médicales par trois années complémentaires d'études spéciales de médecine.

Il ne reste qu'à déterminer au point de vue légal la forme à permettre pour « utiliser » son titre afin d'éviter la confusion. C'est une question très secondaire de règlement d'administration.

L'égalité des titres d'accès, la nécessité des études de la partie médicale dans les hôpitaux et à la Faculté, dans le milieu médical, sont des conditions qui, seules, permettent à l'heure actuelle d'accepter la possibilité de l'égalité de titre de docteur (en chirurgie dentaire de *Faculté*) et aussi d'obtenir des équivalences pour poursuivre ses études de docteur en médecine si l'on désire s'adjoindre ce titre.

Tandis qu'en voulant trop garder, les écoles intéressées sembleraient aller contre notre désir d'élévation à un doctorat de Faculté (en odontologie) parallèle au doctorat en médecine, sachant bien que la « puissance médicale » n'acceptera jamais de voir créer un doctorat de Faculté nécessitant une partie d'études médicales dans une école qu'elle considérerait comme rivale et voisine, et qu'elle ne « voudra » considérer que comme subalterne à ce point de vue médical.

Cela dit pour rappeler les différents intérêts en présence qu'il ne faut pas heurter.

Au contraire, les Ecoles dentaires n'ont pas à craindre de voir l'enseignement dentaire leur échapper. Il ne faut voir que l'idée dans l'intérêt fondamental de l'avenir de l'art dentaire lui-même, en particulier, et de l'élévation sociale des dentistes, en général, en même temps que leur défense contre l'envahissement, d'une part et l'absorption de l'autre.

Puisque vous voulez vous affranchir, le moyen est trouvé.

Vous voilà indépendants *(au point de vue technique);* mais n'ayez pas au moins la prétention contraire de vouloir empiéter sur la Faculté *(au point de vue médical).*

Voilà les médecins obligés de passer par vous, par votre école pour être sanctionnés spécialistes, car c'est à l'Ecole dentaire qu'ils feront leurs études dentaires.

Que voulez-vous donc de plus ?

Si vos prétentions ne s'arrêtent pas là, avec justesse, vous mériteriez que le camp ennemi vous absorbât à son tour totalement,

ne vous faisant en cela que ce que vous voudriez alors lui faire.

La solution, le « Doctorat », en chrirurgie dentaire sous cette forme (de Faculté) proposée comme but, c'est la vitalité de notre art au lieu de sa décadence ; c'est, de plus, l'ancien diplôme de l'Ecole dentaire retrouvé avec son prestige plus grand que jadis, avec sa valeur scientifique non diminuée (au contraire), et augmenté encore de l'estampille officielle.

C'est aussi la possibilité d'éliminer les candidats insuffisants sans la crainte de voir la concurrence vous enlever le recrutement d'élèves nécessaire à votre vie dans le regrettable état actuel.

C'est la solution qui, sans atteindre en rien l'indépendance de l'Ecole dentaire, ne porte pas ombrage au corps médical, lequel conserve la liberté d'exercer notre art sans examen, sans contrôle.

Mais le jour où vous aurez fait votre doctorat en chirurgie dentaire, la démarcation des deux professions ne permettra plus de confusion.

Vous ne serez plus exposés à vous voir admettre dans les services officiels (administration, armée) comme « praticiens » de seconde classe, puisque dans ces services on vous met illogiquement à l'heure actuelle sous le contrôle des docteurs en médecine. Tout au plus pourrait-on demander aux chefs de service les deux doctorats, dont le vôtre, mais au moins vous auriez affaire à des « professionnels » érudits, honneur auquel la disposition des études relatives à chaque profession vous permettrait avec égalité d'accéder vous-même.

D'ailleurs, la longueur des études spéciales qui viendraient obligatoirement s'additionner pour l'obtention du double titre, ne ferait qu'aider par la difficulté de les réaliser, à s'établir la nette démarcation des deux professions. Et cela même vient concourir à notre but d'établir leur parallélisme distinct.

Ce n'est donc ni le doctorat en médecine, ni le statu-quo, ni le doctorat en odontologie d'Université qui convient au dentiste futur ; mais, *parallèlement* au doctorat en médecine, le doctorat en son art autonome : *le doctorat en chirurgie dentaire de Faculté.*

Conclusions.

I. — Proposition de vœux relatifs à l'orientation : projet de loi schématique.

Art. 1er. — Le diplôme de chirurgien-dentiste est supprimé.

Art. 2. — Il est remplacé par celui de docteur en chirurgie dentaire (de Faculté).

Art. 3. — Nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est pourvu du diplôme de docteur en chirurgie dentaire ou de docteur en médecine.

Art. 4. — Les mêmes études préliminaires, les mêmes titres universitaires pour l'accès des études médicales et dentaires sont uniformément exigées.

Art. 5. — Pour obtenir le diplôme de docteur en chirurgie den-

taire, cinq années d'études sont nécessaires (à répartir comme il convient entre Faculté et Ecole. Voir réforme des études).

Art. 6. — Le docteur en médecine qui désire obtenir le titre de docteur en chirurgie dentaire doit accomplir trois années d'études complémentaires *techniques.*

Art. 7. — Le docteur en chirurgie dentaire qui désire obtenir le titre de docteur en médecine doit accomplir trois années d'études complémentaires *médicales.*

Art. 8. — Les études de médecine sont suivies à la Faculté de médecine (à moins d'arrangement ultérieur à ce sujet avec les Ecoles devenues officielles), et les examens les concernant se passent à la Faculté ; les études et examens dentaires dans les Ecoles dentaires reconnues par l'Etat d'ulilité publique ou devenues Ecole du gouvernement, Faculté dentaire, etc.

Art. 9. — Dispositions transitoires pour les chirurgiens-dentistes actuels à fixer après entente.

II. — Réformes des études.

Les études seront mises en harmonie avec cette base d'orientation.

*
* *

Cette solution satisfait tous les intérêts en laissant chacun sur ses positions.

A. — A *la Faculté*, ce qui est médical et lui a toujours appartenu ; donc, pas d'ombrage, elle garde *ses jalouses traditions.*

B. — *Elle fournit le lien officiel réclamé*, rattachant à l'Etat les écoles dentaires reconnues d'utilité publique, cela en respectant leur autonomie.

C. — *Aux écoles,* ce qui est spécial et distinct des possessions de la Faculté ; donc, l'indépendance et l'initiative de ce qui leur revient, *l'autonomie professionnelle.*

D. — *Aux dentistes,* l'élévation justifiée et indépendante, un frein à la pléthore, l'égalité sociale légitime, l'avenir sans confusion de profession.

E. — *Aux médecins*, l'intégralité de leurs privilèges et leur indépendance.

F. — A tous, la possibilité de la marque légitime de leurs connaissances scientifiques, de leurs efforts spéciaux signalés par un titre spécial, adéquat à ces efforts.

*
* *

Voilà donc l'orientation vers laquelle nous devrions tendre, le but sur lequel nous devrions opérer la concentration de nos volontés, de nos votes, de l'influence aussi de nos relations intellectuelles ou politiques ; la solution enfin sur laquelle nous devrions nous unir.

ED. TOUVET-FANTON,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 19 mai 1908.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu, le 19 mai 1908 à 9 heures, sous la présidence de M. Touchard, une réunion supplémentaire ayant pour objet une conférence de M. Richard-Chauuin sur la réforme de dents minérales.

Avant de donner la parole à M. Richard-Chauvin, le président annonce que M. Delair a une courte présentation à faire.

I. — PRÉSENTATION D'UN MALADE AYANT SUBI UNE APPLICATION DE PROTHÈSE CRANIENNE, PAR M. DELAIR.

M. Delair. — Je remercie M. le président de vouloir bien m'accorder la parole. Ce n'est pas une communication que je vais vous faire ce soir, c'est simplement une présentation de malade. Ce malade sera — je crois — jugé intéressant pour vous. Aussi je serai bref.

Malgré que M. Sebileau et moi nous l'ayions traité depuis plus de trois ans, je n'ai jamais eu l'occasion depuis de le présenter à la Société d'Odontologie, quoiqu'il ait été présenté par nous plusieurs fois déjà à la Société de chirurgie.

Par un effet du hasard il est venu chez moi il y a cinq jours se plaindre de maux de dents, de migraines. Comme je ne m'occupe plus de dentisterie, j'ai prié M. Blatter de l'opérer. Il lui a donc enlevé une dent de sagesse cariée et il ne souffre plus du tout maintenant. Voici ce jeune homme auquel j'ai appliqué un pariétal en or perforé, il y a de cela exactement trois ans. J'ai publié son observation dans *L'Odontologie*[1]. Je l'avais depuis lors perdu de vue et même à la fin de l'année dernière j'avais appris avec regret son décès. Aussi j'ai été très étonné l'autre jour de le voir arriver chez moi. Par conséquent il n'est pas mort des suites de l'application de la plaque d'or.

Vous pouvez voir, messieurs, les cicatrices des incisions qui ont permis à M. Sebileau de faire la dissection de la peau adhérente à la dure-mère. Il avait été trépané par M. Schwartz à l'hôpital Cochin après une chute épouvantable de bicyclette.

Je lui ai donc placé, par le procédé que vous connaissez tous et

1. V. *Odontologie,* 28 février 1906.

que j'ai décrit dans *L'Odontologie* et au Congrès de Lyon, une plaque d'or semblable à celle-ci en argent doré, cette plaque est en or et est fixée par les moyens que je vous ai décrits déjà ici.

Que la plaque soit en or, en argent ou d'un autre métal, cela n'a pas d'importance, mais je vous prie de constater qu'elle y est toujours, vous la sentirez à la palpation.

Au Congrès de Clermont je me propose de vous présenter un cinquième cas que je viens de faire avec un chirurgien des hôpitaux.

II. — Lecture de la correspondance.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend un télégramme de regrets de M. Godon, empêché d'assister à la séance, ainsi qu'une lettre de M. Viau, dont voici un extrait :

Je me proposais de vous demander la parole pour dire devant nos confrères réunis à la Société d'Odontologie que depuis plus d'un an j'ai été tenu au courant des recherches très curieuses et très savantes de Chauvin. A ce moment et depuis longtemps j'étais persuadé de l'insuffisance des crampons de platine des dents de porcelaine que nous employons. Dans trop de cas nous en connaissons tous les inconvénients. Aujourd'hui et depuis que nous cherchons à utiliser les dents minérales dans les travaux d'*or fondu* (bridges, couronnes, dents à pivots, etc.), il me semble que nous sommes tous de plus en plus d'accord pour reconnaître ces graves inconvénients. Je crois donc que le procédé que Richard-Chauvin nous présente est un progrès et un perfectionnement considérable et qui vient précisément à un moment où le besoin s'en fait grandement sentir.

Je voulais ne pas manquer d'apporter à Chauvin mon témoignage sincère d'admiration de le voir toujours à la tête de tout mouvement capable de produire un progrès dans notre profession.

III. — La réforme des dents minérales, par M. Richard-Chauvin.

M. Richard-Chauvin fait sur ce sujet une conférence documentée dont nous avons publié le texte [1]. Il ajoute en conclusion :

Notre ancrage nous permet de faire passer des crampons au travers de la plaque, lesquels crampons sont fortement retenus par la plaque elle-même et n'ont pour ainsi dire à peu près aucun lien avec la porcelaine, en tous les cas ne peuvent produire aucun effort sur elle, de telle sorte qu'il n'y a aucun risque de faire casser la porcelaine, qu'on recouvre ces crampons comme on l'entendra, l'ancrage interne et l'ancrage externe étant absolument solidaires l'un de l'autre.

M. Richard-Chauvin montre un certain nombre d'essais de dents métallisées faits à l'aide de son procédé, et chacun peut en admirer

1. V. *Odontologie*, 30 mai 1908, p. 435.

les résultats; puis il procède à des expériences sur la résistance de différentes dents au moyen de tractions opérées par des poids; il affirme la supériorité, sur les dents à crampons cuits dans la pâte des dents à porcelaine métallisée.

M. Meng. — Pourquoi avez-vous mis des crampons?

M. Richard-Chauvin. — Si nous voulons faire des tractions, les crampons nous sont utiles. C'est pour faire des tractions comparatives que nous avons mis ces crampons.

M. Meng. — Vous auriez pu souder les crampons sur votre plaque. Les crampons sont-ils dans la pâte?

M. Richard-Chauvin. — Nous avons des crampons cuits dans la pâte qui nous donneront les résultats des tractions.

Nous arrivons maintenant à la métallisation de la porcelaine par le dépôt de métal par électrolyse. Vous voyez que cela a déjà donné des résultats encourageants. Ils nous ont incités à rêver la suppression des crampons de platine.

La troisième étape de nos recherches a été la recherche d'une pâte métallique dans son ensemble par dégradations successives arrivant au métal au verso de la dent, ceci par réduction d'oxydes, et conservant sa nuance au voisinage de la couverte. Vous pouvez voir ici des fragments de dents qui ont été cassées et qui montrent bien qu'il n'y a pas de solution de continuité dans ces essais.

Regardez les fragments cassés, vous verrez parfaitement que c'est de la pâte métallique, au verso vous verrez le métal. Dans la fracture vous pourrez voir que la pâte est une et continue, sans solution de continuité.

Voici maintenant quelques dents obtenues avec la pâte métallique, sur lesquelles il a été déposé par électrolyse une couche de métal. Elles ne sont pas polies. Quelques-unes n'ont même pas été couvertes.

Voici des dents sur lesquelles il a été déposé une couche d'or, une couche de cuivre. Tous ces échantillons donnent une idée des différents ancrages. Vous concevez bien qu'avec l'électrolyse on peut faire tous les dépôts galvaniques qu'on veut.

Maintenant, messieurs, pour démontrer que notre pâte métallique, grâce à sa parité avec le métal, peut réaliser par le cuivre une adhérence intime avec le métal, voici quelques échantillons assez réussis. Cependant vous constaterez dans ces échantillons des boursouflures qui indiquent que la cuisson n'est pas au point. Nous n'avions pas de grands fours à notre disposition, nous ne pouvions pas avoir de pyromètre, nous avions simplement des montres fusibles. Nous avions fini par nous fier à notre œil, et dans ces questions de cuisson cela nous trompait.

Il suffit d'avoir un spécimen de réussi.

M. X... — Je voudrais demander à M. Richard-Chauvin quel est

le point de fusion de ces dents. Il disait tout à l'heure qu'il ne pensait pas que la solidité de la dent soit en proportion de la température de fusion. Il y a une chose qui m'inquiète à ce sujet, c'est la composition de la dent présentée par M. Richard-Chauvin qui contient notamment des oxydes métalliques. C'est même sur ces oxydes métalliques qu'il établit sa contre-plaque sur le côté verso. Je crois qu'il y a là un danger ?

M. Richard-Chauvin. — Ce que je vous ai présenté ce soir, ce ne sont encore que des travaux d'expériences. Ce n'est évidemment pas là-dessus que nous nous basons pour la constitution de la dent normale.

M. X... — Pour ma part il y a des chances pour que je sois convaincu longtemps encore que la solidité d'une dent tient aussi à l'élévation de son point de fusion.

M. Richard-Chauvin. — C'est une erreur.

M. X... — Elle est encore à démontrer.

M. Richard-Chauvin. — Nous l'avons démontrée, quant à nous.

M. X... — Comme votre dent contient des quantités d'oxydes métalliques, qui disparaissent forcément à haute fusion, cela me porterait à croire que votre dent est d'une composition de porcelaine à basse fusion.

M. Richard-Chauvin. — Nullement. La température de fusion du corps de porcelaine, du centre, du noyau de la dent qui forme le point opaque de celle-ci est très élevé. La température de fusion est entre 1.500 à 1.550 degrés. En d'autres termes voici les expériences qui ont été faites, qui démontrent à peu près ce que je vais vous dire.

Pour cuire nos dents, nous nous servions de la montre fusible aux températures différentes. Je pourrai vous montrer encore actuellement des plaques de magnésie sur lesquelles vous verrez des dents que vous connaissez tous, n'importe lesquelles. Celles que vous verrez n'ont pas fondu, mais elles ont coulé, absolument coulé comme de l'huile, alors que les nôtres en étaient encore à biscuiter. Par conséquent il y a une différence de température sensible.

Je peux vous affirmer de la façon la plus absolue que notre pâte de fond a été aménagée et préparée de façon à se lier avec la pegmatite, à ne faire avec elle qu'un seul lien. Je ne vous expliquerai pas tout à fait pourquoi, mais je vous dirai que cela a été préparé de façon à ce que la pâte de fond sue et se prépare à fondre alors que la pegmatite fond pour ne former qu'un bloc. Si on voulait pousser plus loin la fusion on aurait alors un effondrement de la pegmatite alors que le fond serait encore là.

M. X... — Le dépôt métallique est fait en dehors de la cuisson de la dent ?

M. Richard-Chauvin. — Le dépôt métallique est fait non pas sur la pâte de couverte, mais sur la pâte de fond.

M. X... — En dehors de la cuisson de la dent ?

M. Richard-Chauvin. — Ce que vous me demandez ce sont des renseignements, des explications sur la pâte métallique, le noyau de pâte métallique qui vous a été montré à titre expérimental. Il est constitué par une pâte, la même que notre pâte blanche et opaque qui fait le fond de la dent pour laquelle nous avons essayé de faire des tractions et qui résistait à 18, 20 et 25 kilogs. C'est la même pâte entièrement métallisée par dégradés successifs et par réductions. Le verso de cette dent devient ainsi entièrement métallique. La couverte évidemment ne participe pas à tout ce travail, car sans cela nous n'aurions ni coloration, ni transparence de notre dent.

M. Baudet. — J'ai demandé la parole afin d'apporter quelques observations sur le rapport très intéressant de M. Richard-Chauvin et surtout au sujet des dernières lignes de son travail. Je m'y crois autorisé ayant fabriqué des dents minérales, dans une très ancienne maison française ; cela date de 1887 et c'est pourquoi je crois de mon devoir de prendre la défense de la dent française. M. Richard-Chauvin nous parle du peu d'individualité de ceux qui fabriquaient ces dents qui, nous sommes tous d'accord sur ce point, n'offraient aucune garantie de solidité, et le rapporteur ajoute que les maisons de fabrication disparaissaient avec la mort de leur titulaire.

La fabrication des dents minérales est une fabrication bien française cela est bien entendu. Nous avions à l'époque dont nous parlions tout à l'heure plusieurs maisons françaises aujourd'hui disparues, Devilmur, Lemale, Claise entre autres. C'était alors la douce période des dents à cinq sous !... Mais peu à peu la fabrication étrangère a envahi le marché, supplantant la dent française dont les caractères essentiels résidaient dans sa grande variété quant à la forme et la nuance. Elles étaient faites par des ouvriers de la première heure, des enfants de la balle, je vous citerai notamment Nicolas Claise, qui était le dernier représentant d'une famille qui pendant une grande partie du dix-neuvième siècle a fabriqué en grande quantité des dents minérales. Ces artisans ont lutté jusqu'au bout, l'exposition de 1889 nous le prouve, où nous retrouvons ces fabricants tenant tout à leur honneur, à y figurer. Ils ont fait ce qu'ils ont pu, on leur a accordé une petite mention honorable comme on donne un bon point à un écolier. Je rappelle tout ceci pour bien expliquer que les dentistes français sont coupables de la disparition de cette industrie qui a été l'objet de la plus grande indifférence de notre part. Ainsi Claise est mort il y a une quinzaine d'années, frappé brusquement d'apoplexie, eh bien je suis presque persuadé qu'au moment où il mourait ses fours brûlaient encore consciencieusement leurs 25 sacs de coke. Il est mort dans le plus profond oubli de la corporation ; j'étais à ce moment absent de Paris. A mon retour j'appris avec peine, je vous assure que la

nouvelle m'a fait du mal, que tout le matériel, au milieu duquel j'avais fait mes premières armes professionnelles, avait été dispersé par les brocanteurs, les moulins de porphyre avaient été brisés, les moules en bronze, il y en avait des monceaux, avaient été envoyés à la fonte. La dent française ne donnait pas toute satisfaction, mais qui sait si tous ces petits fabricants avaient été soutenus, encouragés, ce qu'il serait advenu de cette situation qui aurait été ainsi améliorée. Nos écoles dentaires dont les progrès sont trop connus pour en reparler ont oublié elles-mêmes cette partie annexe de notre art. Soutenir cette industrie, réunir les ouvriers était faire œuvre profitable surtout en leur indiquant ce que nous désirions obtenir d'eux.

Y a-t-il une solution à trouver ? Est-il possible de remonter le courant ? Si nous exprimons nos desiderata aux fabriques étrangères qui sont de plus en plus nombreuses, peut-être par politesse voudront-elles bien nous accorder une oreille que nous croirons attentive, mais je crois que cela serait en vain, car nous sommes leurs clients obligés, nous passons par leurs fourches caudines. C'est pourquoi les formes des dents sont si peu nombreuses. Ces maisons étrangères ont entre elles une entente touchante on l'a bien vu lors de l'augmentation du platine ; à cette époque l'une d'elle toute nouvelle et qui par conséquent avait tout intérêt à garder ses prix, a obéi à l'ordre donné. Elle risquait de faire comme la grenouille voulant devenir aussi grosse que le bœuf, avec cette différence qu'elle n'en n'a pas crevé, elle marche très bien au contraire. Nous pouvons certainement nous unir et faire œuvre utile dans cette voie dans un avenir plus ou moins éloigné. Cela coûtera cher, certainement plus cher qu'il y a 25 ans, mais je crois que lorsque nous aurons accompli ce progrès dans cette partie de notre art, nous aurons ajouté un superbe fleuron à la couronne de l'art dentaire français et qui vaudra bien cinquante années de progrès.

M. Richard-Chauvin. — J'ai dit tout à l'heure que des individualités avaient eu beaucoup de mérite à essayer de lutter, qu'elles avaient eu de la peine à lutter, beaucoup plus de peine que les sociétés puissantes qui ont fini par les supplanter. Je n'ai pas voulu faire de critique de ces individualités car, comme vous le dites, ces fabricants ont montré beaucoup de courage et leurs moules, leurs formes, leurs nuances étaient très bien. Il n'y avait que la solidité de la dent qui laissait à désirer, mais malgré tout ils fabriquaient des dents.

M. Frey. — Puisque personne parmi nos confrères plus autorisés que moi au point de vue de la prothèse ne demande la parole, je demande à remercier M. Richard-Chauvin de s'être efforcé de remonter ce courant dont parlait tout à l'heure notre confrère Baudet et d'avoir cherché à nous donner une bonne dent, une dent qui nous satisfasse d'abord et une dent française ensuite.

Il y a deux ans, lorsque j'ai quitté la présidence de la Société

d'Odontologie, j'ai émis un *desideratum* et j'avoue que moi qui fais spécialement de la pathologie dentaire et qui n'ai aucune prétention en prothèse, je ne faisais cela que pour amorcer la question. Je n'avais en aucune façon l'intention de m'y attacher exclusivement, ne me reconnaissant pour cela aucune espèce de compétence. On a nommé à la Société d'Odontologie une commission où en dehors de ma personnalité, n'entraient d'abord que des gens compétents. Cette commission s'est réunie chez M. Galippe, ou plutôt un des membres de cette commission s'est retrouvé chez M. Galippe. Là il s'est rencontré avec les présidents d'autres groupements de façon à faire un mouvement d'ensemble d'origine française qui pût aboutir à quelque chose.

A la suite de cela, cette commission est venue rendre compte de ce qu'elle avait fait et il a été décidé que trois membres seraient nommés par la Société d'Odontologie, trois membres par l'Association générale des dentistes de France et trois autres membres par la Société de l'Ecole.

La Société d'Odontologie n'a pas eu de mal à nommer ses trois délégués à la même séance où la proposition lui en était faite. Nous attendons encore, pour les autres sociétés, avec cette lenteur administrative qui nous caractérise, que les six autres membres soient nommés. Quant aux membres des différents autres groupements que j'avais eu l'honneur de rencontrer chez M. Galippe, je ne sais plus du tout ce qu'ils sont devenus. Je ne sais pas ce qu'ils ont fait.

Voilà donc comment ici une question très importante, qui intéresse tous les professionnels, qui nous intéresse au point de vue technique, au point de vue de ce que nous faisons tous les jours, qui nous fait gagner notre pain et nous intéresse en outre aussi au point de vue national, voilà donc, dis-je, comment, dans la nation la plus spirituelle, ces questions sont acceptées et comment elles sont étudiées.

Heureusement d'ailleurs que parmi nous tous il y a quelques travailleurs, M. Richard-Chauvin en particulier, qui sans réunir aucune espèce de commission se mettent au travail. M. Richard-Chauvin a étudié cette question bien à fond et il est venu ce soir nous présenter un problème probablement résolu. Je me permets de dire à M. Chauvin que je lui souhaite le plus grand succès pour l'entreprise dans laquelle il s'est si courageusement lancé. Je le lui souhaite pour lui, pour nous, je le lui souhaite aussi pour le pays. — *Applaudissements.*

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

(Association Française de Sociétés Dentaires)

SIÈGE SOCIAL : 28 Rue Serpente (Hôtel des Sociétés Savantes).

Assemblée générale du 11 juin 1908.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Sont présents : MM. Amoëdo, Barden, Blatter, Delair, Ducournau, Franchette, Godon, Grimaud, Hugot, Le Quellec, Léger-Dorez, Queudot, Roy, Siffre, Vichot (Angers).

Ordre du jour :

1° Procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Nomination du Comité national de propagande du Congrès de Berlin ;

4° Nomination d'une Commission chargée des demarches à faire près des pouvoirs publics pour la réforme des études dentaires ;

5° Souscription W. D. Miller, pour la fondation d'un prix international ;

6° Dispositions à prendre au sujet de la réunion de la Fédération Dentaire Internationale à Bruxelles, au mois d'août prochain ;

7° Propositions diverses ;

8° Nomination des membres du Bureau de la F. D. N. pour l'exercice 1908-1909.

M. Blatter, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la séance du 11 avril 1908, qui est mis aux voix et adopté, puis d'une lettre d'excuses de M. Sauvez, ensuite de la correspondance, qui comprend :

1° Une lettre de la Société dauphinoise d'Odontologie, qui refuse son adhésion à la Fédération ;

2° Une lettre de l'Association des dentistes de l'Est, qui déclare ne pouvoir adhérer à la Fédération, mais approuve en général le rapport Roy-Villain, et ajourne sa décision quant à la souscription Miller.

3° Une lettre de l'Association des dentistes du Centre, demandant le remplacement de M. Brodhurst comme secrétaire provincial et ajournant son adhésion aux projets qui lui ont été soumis ;

4° Une lettre de la Société d'Odontologie de Bourgogne, déléguant M. Hugot pour la représenter à la réunion ;

5° Une lettre de la Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest, ajournant sa réponse sur les questions qui lui sont posées jusqu'à décision de son assemblée générale ;

6° Une lettre de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France, ajournant sa réponse aux trois demandes faites ;

7° Une lettre de l'École dentaire de Lyon, maintenant son adhésion à la Fédération, y déléguant MM. Pont, Ravet, Rouvier, Soulard et Vichot, décidant de souscrire pour la fondation Miller et approuvant le rapport Roy-Villain, sauf l'art. VII ;

8° Une lettre de l'Association de l'Ecole Odontotechnique, annonçant la nomination de deux délégués : MM. Ducournau et Queudot, pour la réunion ;

9° Une lettre de la Société de chirurgie dentaire, annonçant la nomination de deux délégués : MM. Franchette et Le Quellec ;

10° Une lettre de la Société Odontologique de France, confirmant ses deux délégués précédents : MM. Amoëdo et Barden et y ajoutant trois autres délégués, MM. Lebedinsky, Léger-Dorez, Siffre, pour la formation du Comité de propagande du Congrès de Berlin (1909), annonçant sa participation à la souscription Miller pour 500 fr., payables en cinq annuités de 100 fr., de 1908 à 1912, et le renvoi pour discussion du rapport Roy-Villain, à une Commission d'enseignement nommée par elle ;

11° Une lettre de la Section dentaire de l'Université de Bordeaux, ajournant la réponse à la demande d'adhésion à la Fédération, mais annonçant l'adhésion *personnelle* du Prof. Cavalié à celle-ci ;

12° Une lettre de M. Douzillé, d'Agen, approuvant le rapport Roy-Villain en s'excusant ;

13° Une lettre de l'American Dental Club of Paris, annonçant une souscription de 500 francs pour le prix Miller et la circulation d'une liste de souscriptions individuelles.

Le président. — Nous n'avons qu'à nous féliciter du résultat obtenu, car nous comptons actuellement onze adhésions de sociétés, plus deux adhésions individuelles. Cela prouve que notre Fédération est en voie de régénération. Quelques adhésions sont différées parce que plusieurs sociétés sont obligées d'attendre leur réunion pour prendre une décision et nous n'avons en somme que deux refus. Le résultat est donc encourageant.

Nous avons à procéder à la nomination d'un Comité de propagande de 25 membres pour le Congrès de Berlin.

M. Godon. — Le Bureau de la F. D. N. qui compte cinq membres, étant la base de ce Comité, il n'en reste que vingt à nommer.

M. Barden propose les cinq délégués de la Société Odontologique de France comme membres du Comité.

M. Ducournau dit que l'Association de l'Ecole Odontotechnique n'a encore pris aucune disposition, mais qu'elle se réunira prochainement et fera connaître aussitôt les membres qu'elle propose.

M. Roy rappelle qu'il avait été décidé que chaque société adhérente dresserait une liste de candidats. Si chaque société nommait cinq membres, on dépasserait de beaucoup le nombre voulu. Il convient donc que chaque société présente seulement cinq candidats, parmi lesquels le bureau de la F. D. N. choisira.

M. Ducournau pense qu'il n'est pas logique de laisser ce choix au bureau.

M. Delair fait observer que les pouvoirs du bureau vont expirer dans quelques instants.

M. Léger-Dorez demande si la Fédération est tenue à ne nommer que vingt-cinq membres.

M. Ducournau estime que cela suffit.

M. Siffre. — Pourquoi limiter ce nombre ? Pourquoi montrer aux étrangers que telle société n'a que tant de sociétaires en lui donnant dans ce Comité un nombre de représentants proportionnel à celui de ses sociétaires ? Il vaut mieux former un Comité plus nombreux.

M. Godon propose de demander aux délégués présents de présenter des noms afin de constituer dès à présent un noyau. Les bureaux des sociétés françaises pourraient faire partie du Comité. On aurait de la sorte un Comité constitué dès maintenant, sauf à changer par la suite deux ou trois noms, si les sociétés le demandent.

M. Siffre approuve la proposition.

Le président. — Nous allons en somme commencer la constitution du Comité, sauf à y ajouter ou à y retrancher des noms sur la demande des sociétés adhérentes.

M. Queudot est d'avis d'inviter chaque société à présenter cinq membres, avec lesquels on formera ce Comité de propagande.

M. Godon propose un autre procédé : une Commission comprenant un représentant de chacune des sociétés pourrait dresser la liste du Comité et la présenter à la fin de la séance.

M. Ducournau trouve que le plus simple est de constituer dès maintenant le Comité avec les bureaux des sociétés représentées à la séance.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée. En conséquence les membres suivants sont nommés :

Association de l'Ecole odontotechnique. — MM. Ducournau, Maurice Frison, Lee (Reims), Queudot, Rodolpbe.

Société de chirurgie dentaire. — MM. Dosier, Franchette, Guérard, Guyard, Le Quellec.

Ecole dentaire de Lyon. — MM. Pont, Ravet, Rouvier, Soulard, Vichot.

Société odontologique de France. — MM. Amoëdo, Barden, Lebedinsky, Léger-Dorez, Siffre.

Société odontologique de Bourgogne. — MM. Eustache, Hugot, Martinet, Rigolet, Roy (Sens).

Ecole dentaire de Paris. — MM. Bioux, Lemaire, L. Lemerle, G. Viau, G. Villain.

Association générale des dentistes de France. — MM. J. d'Argent, Delair, Fouques, Lalement (Paris), Loup.

Société d'Odontologie de Paris. — MM. Audy, Dreyfus, Frey, Touchard, Touvet-Fanton.

M. Godon propose que les délégués de la F. D. N. à la F. D. I. fassent partie de droit du Comité.

Ces délégués sont : MM. Francis Jean, Martinier, Pont, Roy, Sauvez, Godon.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

Il est décidé que chaque société pourra modifier sa liste de représentants au Comité si elle le juge à propos.

Le président. — Nous abordons maintenant la discussion des conclusions du rapport Roy-Villain, dont vous avez tous eu connaissance. Néanmoins M. Blatter va vous les relire pour que nous puissions les mettre aux voix.

M. Blatter donner lecture des conclusions I, II, III, qui sont successivement mises aux voix et adoptées.

A propos de la conclusion IV *M. Ducournau* dit : « Si l'Etat fonde une école dentaire et y donne le même enseignement que nous, comment voulez-vous qu'il nous donne les droits qu'il a lui-même ? »

M. Hugot. — Nous voulons que l'enseignement soit autonome et nous admettons le stage dans une université d'Etat quand nous savons que l'étudiant n'y apprendra rien !

M. Roy. — La contradiction n'est qu'apparente : C'est pour répondre aux desiderata d'un projet qui va être réalisé prochainement. La question était de savoir si le stage devait se faire chez le particulier ou dans une école. Le premier système étant écarté, il fallait demander le stage dans les centres d'enseignement existants ; nous ne pouvions donc pas raisonnablement nous opposer au stage dans une université.

Quant à la conclusion IV, elle ne s'occupe ni de l'Etat ni des particuliers, elle dit simplement que l'enseignement doit être autonome.

Les conclusions IV et V sont mises aux voix et adoptées.

M. Amoëdo dit que la Société odontologique de France a nommé pour étudier ce rapport une Commission dont M. Barden était rapporteur. Ce dernier peut donc mieux que lui présenter des observations sur l'ensemble.

M. Barden. — Quand la Société a reçu la lettre du président de la F. D. N. l'invitant à étudier le rapport, elle a élargi le débat. Elle a envisagé trois systèmes ; un système autonome, celui de MM. Roy-Villain ; un système mixte, c'est-à-dire l'enseignement dentaire dans les écoles et l'enseignement médical dans les Facultés ; un système stomatologique. Elle s'est prononcée pour le système mixte ; nous ne pouvons donc pas nous prononcer en faveur du rapport Roy-Villain.

M. Godon. — Le groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F. en élaborant ce rapport n'a pas eu la prétention de réunir l'unanimité des dentistes. Il y a en effet ces trois systèmes ; mais nous sommes dans une période où il faut abandonner le terrain théorique pour entrer dans le domaine pratique.

Or, la Commission de réforme des études médicales du Ministère de l'Instruction publique a reconnu l'impossibilité d'imposer le doctorat en médecine aux chirurgiens-dentistes. L'administration supérieure est du même avis et partisan du maintien du titre de chirurgien-dentiste. Le Ministère a chargé une Commission d'élaborer un projet qui est précisément analogue à celui de MM. Roy-Villain. Le projet mixte dont vous parlez est un vœu purement théorique, sur lequel nous pouvons rester en désaccord. Les écoles dentaires libres peuvent bien envoyer leurs élèves suivre les cours de médecine à l'Ecole de médecine si elles le veulent. Mais sur la question des réformes pratiquement réalisables en ce moment, la seule en cause, ou la majorité de la F. D. N. acceptera le rapport Roy-Villain et ira la présenter

aux pouvoirs publics ; ou bien elle ne l'acceptera pas et alors, seules, les sociétés qui sont d'accord à cet égard iront porter ces revendications aux pouvoirs publics. Toutefois il serait souhaitable que l'union se fit sur ce terrain de réformes pratiques.

M. Hugot. — Je ne crois pas que les pouvoirs publics nous imposent rien pour le moment. Je propose donc qu'une assemblée générale de tous les dentistes de France ait lieu pour nommer des délégués avec pleins pouvoirs pour agir auprès des pouvoirs publics.

M. Siffre. — Nous avons pensé, à la Société odontologique de France, qu'il s'agissait d'organiser l'avenir et nous nous sommes trouvés en présence de trois systèmes ; nous nous sommes prononcés pour le système mixte. Je considère qu'il n'est pas possible que le docteur en médecine exerce l'art dentaire concurremment avec le chirurgien-dentiste. Il faut que le praticien en art dentaire ait un titre dentaire. En raison du caractère médical que j'aurais voulu pour la profession, je voulais d'abord un titre comme le brevet supérieur pour commencer ces études. Ce titre obtenu, l'élève passerait deux ans dans une école de médecine, puis entrerait dans une école dentaire.

Puisqu'il n'est pas question pour le moment d'une réforme par la voie législative, je ne fais aucune difficulté d'approuver le rapport Roy-Villain avec quelques retouches. Cela ne nous empêcherait pas d'étudier le système que je vous indique dans la pensée d'une revision ultérieure de la loi de 1892. C'est ainsi que nous pourrions demander que le chirurgien-dentiste ait le titre de docteur en chirurgie dentaire pour améliorer sa situation morale. Ce projet mixte n'a pas pour but, cependant, de nous mettre en opposition avec votre projet.

M. Vichot. — M. Godon aurait désiré que tous les dentistes fussent d'accord sur le rapport Roy-Villain ; mais je vous rappelle qu'il devait y avoir une assemblée générale dans ce but, et c'est parce qu'elle n'a pas eu lieu que nous n'avons pas envoyé de délégués.

Le président. — Il a été décidé dans une assemblée générale du Groupement de l'E. D. P. que ce rapport serait envoyé à la F. D. N., qui provoquerait, *s'il y avait lieu*, une assemblée plénière.

M. Roy donne lecture du vœu n° 5, en faisant remarquer qu'on en est précisément à cette phase.

M. Vichot demande que cette assemblée générale n'ait pas lieu au cours de la semaine, mais un samedi.

Le président répond que le Bureau tiendra compte de ce désir.

M. Grimaud. — Dans certain milieu on est disposé à soutenir un projet abrogeant la loi de 1892 ; un député doit déposer une proposition dans ce sens à la Chambre. Ce projet donnerait satisfaction à ceux qui veulent le titre de docteur en médecine, et dernièrement dans un banquet un autre député a promis son appui pour faire aboutir la proposition en question.

M. Godon. — D'après les renseignements qui m'ont été donnés, il n'y a pas de réforme de la loi de 1892 qui ait chance d'aboutir actuellement. La loi sur la pharmacie est sur le chantier depuis 25 ans ; cela montre la lenteur des réformes par voie législative. Mais si les dentistes ont de la peine à faire aboutir quelque chose, ils peuvent empê-

cher un projet d'aboutir. Nous sommes sortis de la période théorique et nous sommes dans celle de la pratique. Si les modifications de la loi n'ont pas de chance d'aboutir pour le moment, par contre les questions d'enseignement peuvent se trancher par un simple décret. Il faut se rapprocher de ce qui a des chances d'aboutir. Or, il y a actuellement une chose qui nous touche de près, c'est la réforme du troisième examen dans le sens que nous avons indiqué. Si nous nous unissons, il y a des chances pour qu'elle aboutisse, il n'en serait pas de même dans le cas contraire.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, tout en faisant toutes réserves pour les solutions à venir, nous pourrions nous mettre d'accord sur un projet.

M. Grimaud. — Dans le rapport Roy-Villain il est question des docteurs en médecine.

M. Godon. — Vous avez raison : c'est un mot de trop ; on aurait dû mettre *les étudiants en médecine*, mais comme c'est un simple vœu, je ne suis pas opposé à l'assemblée plénière, mais je crains que le décret ne soit pas signé avant qu'elle soit tenue.

M. Roy. — Qu'est-ce qui nous sépare ? De simples nuances. Il ne faut pas prendre les choses trop à la lettre, autrement on arrive au contraire de ce qu'on désire : c'est ainsi que j'ai montré à la Société des dentistes des hôpitaux que la conséqnence de certains de ses vœux était l'interdiction de l'art dentaire aux docteurs en médecine. Pour obtenir la réforme de la loi il vous faudra 20, 40, 50 ans. Augmentez d'abord votre bagage, puis, quand vous serez unis, vous demanderez davantage.

M. Hugot. — Pour avoir l'unification des titres, il faut demander l'unification des examens. Pour ma part, je demande la conservation de notre titre de chirurgien-dentiste.

M. Delair propose de voter sur l'ensemble du rapport, au lieu de le discuter article par article.

M. Godon. — D'après les renseignements qui m'ont été fournis, le projet soumis au Ministre contient le brevet supérieur.

M. Siffre propose de se rallier unanimement au projet Roy-Villain en faisant toutes réserves sur des points de détail.

L'ensemble des conclusions du rapport Roy-Villain est mis aux voix et adopté.

Le président annonce que l'Ecole dentaire de Lyon a été reconnue d'utilité publique par une loi.

M. Blatter donne lecture de cette loi.

Le président propose de charger le bureau d'adresser des félicitations à l'Ecole dentaire de Lyon. — *Adopté.*

M. Godon. — Les nouvelles réformes ne peuvent aboutir que si elles ont votre appui ; il y a donc une grande importance à ce que les dentistes restent unis.

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a nommé neuf délégués, MM. Godon, Francis Jean, Touchard, Roy, Blatter, Fouques, G. Villain, J. d'Argent, L. Lemerle, pour aller présenter les vœux des dentistes aux pouvoirs publics. Je propose d'y adjoindre des délégués de

l'Association de l'Ecole odontotechnique et de l'Ecole dentaire de Lyon.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

Sont nommés délégués :

Association de l'Ecole Odontotechnique. — MM. Ducournau, Franchette, Maurice Frison, Maleplate, Rodolphe.

Société Odontologique de France. — MM. Barden, Fourquet, Grimaud, Siffre.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F. — Les membres précités.

Le Bureau de la F. D. N. est maintenu en fonctions.

M. Hugot annonce que la Société Odontologique de Bourgogne prendra part à la souscription Miller, mais n'a pas encore fixé le montant de la somme.

Le vœu suivant est mis aux voix et adopté.

« La Fédération dentaire nationale, réunie en assemblée générale le 11 juin 1908 ; considérant que les desiderata maintes fois exprimés par les Associations professionnelles françaises visent à la création d'un service dentaire dans l'armée, ainsi qu'il existe dans certains pays étrangers ; se félicite d'apprendre qu'un projet tendant à leur donner satisfaction est actuellement mis à l'étude par M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre ; adresse ses remerciements à M. le Ministre de la Guerre et à M. le sous-secrétaire d'Etat pour les intentions bienveillantes qu'ils manifestent au sujet de la création de ce service dans l'armée, et émet respectueusement le vœu de voir aboutir au plus tôt cette réforme et d'en voir généraliser l'application aux services des armées de terre et de mer.

» La Fédération demande toutefois qu'il soit fait appel pour cette création aux chirurgiens-dentistes diplômés des écoles dentaires et qu'on utilise pour ce service, à leur arrivée au régiment, les jeunes gens pourvus de ce titre et de ce diplôme. »

M. Godon propose que les délégués à la F. D. N. soient chargés de défendre à la session de Bruxelles les projets adoptés à cette séance. — *Adopté.*

Il propose également de féliciter le Ministre de l'Instruction publique de la création d'un service d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles normales primaires. — *Adopté.*

M. Siffre propose de demander l'extension de ce service aux écoles primaires communales de Paris. — *Adopté.*

Il est décidé que la F. D. N. tiendra séance au Congès de Clermont-Ferrand (août 1908).

La séance est levée à 11 h. 50.

Le secrétaire général,
BLATTER.

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Communications annoncées.

Delair, Paris. — 1° La prothèse vélo-palatine auxiliaire de la staphylorraphie ;

2° Deux cas de redressement de la lèvre supérieure après opération du bec de lièvre ;

3° Nouveaux cas de prothèse vélo-palatine chez les enfants ;

4° Prothèse nasale.

Le Prof. agrégé Cavalié, Bordeaux. — 1° Diagnostic des pulpites ; importance du diagnostic pour le traitement ;

2° Observations nouvelles sur la réaction odontoblastique et sur la production de dentine dite secondaire (dessins et coupes) ;

3° La radiographie dentaire dans les défauts d'éruption (clichés) ;

4° Les premiers développements des dents chez le « torpedo galvani ».

Dr Ch. Godon, de Paris. — Le titre sera donné ultérieurement.

B. Platschick, de Paris. — Le titre sera donné ultérieurement.

E. Fourquet, de Paris. — Classification et traitement des arthrites alvéolo-dentaires.

Ch. Gaudron, de Paris. — Présentation d'un masque pour anesthésie générale.

H. Em. Cramer, de Paris. — L'eczéma d'origine dentaire.

J. Druo, de Paris. — Valeur du traitement dentaire dans la syphilis secondaire bucco-pharyngée.

Dr Rousseau Decelle, de Paris. — Le zona d'origine dentaire.

Dr A. Siffre, de Paris. — La repousse des cheveux au cours d'affections dentaires aiguës.

R. Bernard, de Paris. — Présentation d'un odontome radiculaire.

P. Dubois, de Paris. — La denture du diplodocus.

Mlle Mlo Bachelet, de Paris. — Etude de thermométrie buccale.

Franchette. — Le pied-de-biche et l'élévateur.

Démonstrations.

Dr A. Siffre. — Le traitement des canaux infectés par l'acide sulfurique.

Ch. Gaudron. — Anesthésie à l'aide de son masque et du chloroforme.

Franchette. — De l'emploi rationnel de l'élévateur pour les extractions dentaires.

NOUVELLES

Souscription internationale pour la fondation du prix W. D. Miller.

1re *liste.*

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France	1000 francs.
Les membres de l'American dental Club of Paris	1000 —
American dental Club of Paris	500 —
Société odontologique de France	500 —
M. Godon	500 —
M. Sauvez	500 —
M. Francis Jean	200 —
M. Viau (Georges)	100 —
M. Viau (L. fils)	100 —
M. Hirschfeld	100 —
M. Du Bouchet	100 —
M. Blatter	20 —
M. G. Villain	50 —
M. Touvet-Fanton	10 —
M. F. Lemaire	5 —
M. Touchard	50 —
M. J. d'Argent	50 —
M. L. Lemerle	10 —
TOTAL	4795 francs.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Bioux, trésorier du Comité national, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Distinction honorifique.

A l'occasion de l'inauguration des nouveaux hospices de Rennes, notre confrère M. Alfred May, chirurgien-dentiste de l'Hôtel-Dieu et du Lycée de Rennes, a été nommé officier d'Académie.

Nous lui adressons nos félicitations.

Fédération dentaire internationale.

(*Session de Bruxelles*, 6, 7, 8 *et* 9 *août* 1908.)

Nous recevons au moment de mettre sous presse le programme complet de cette réunion. Nous le publierons dans notre prochain numéro. Mais nous pouvons dès maintenant renvoyer nos lecteurs à notre numéro du 30 avril 1908, p. 385, dans lequel a paru le programme provisoire, semblable, dans ses parties principales, au programme définitif.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1907.

D

E

N

O

P

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

F. D. N.

GROUPEMENT DE L'E.D.P. ET DE L'A. G. D. F.

HYGIÈNE DENTAIRE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES CLINIQUES

NOTES PRATIQUES

NOTES THÉRAPEUTIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DE L'ÉTRANGER

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Société d'Odontologie de Paris.

Société odontologique de France.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRIBUNE OUVERTE

NOMS D'AUTEURS

Supplément au journal L'ODONTOLOGIE, N° 1, 30 janvier 1908.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

N° 1.

Sur la demande récente des Bureaux des Sociétés composant le Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, et en présence de la prospérité du journal L'Odontologie, *le Comité de rédaction a décidé de reprendre une tradition interrompue : celle de la publication d'un* Bulletin *contenant des documents de nature à intéresser les membres du Groupement (rapports, procès-verbaux des assemblées générales, comptes rendus des Conseils de direction, etc., etc.). Nous donnerons ainsi satisfaction au désir exprimé à plusieurs reprises dans les réunions de nos diverses Sociétés et nous mettrons en même temps tous les sociétaires à même de connaître l'action professionnelle du Groupement et la façon dont leurs mandataires s'acquittent de leur mandat. Mais, bien entendu, le* Bulletin *contenant ces documents sera ajouté au journal en supplément et l'envoi n'en sera fait qu'aux membres de la Société.*

*Ces documents sont appelés à remplacer l'*Annuaire *dit brochure bleue, en sorte que les sociétaires sont invités à les conserver avec soin. Dans ce but il leur suffira de les détacher du journal où ils sont encartés à cet effet et de les réunir à la fin de l'année.*

La Rédaction.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale annuelle du 10 décembre 1907.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Quatre-vingt-dix-huit membres sont présents.

Le secrétaire général fait connaître que, par suite d'une erreur qui

lui incombe, l'ordre du jour ne mentionne pas l'adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 18 décembre 1906.

Le président ajoute que ce procès-verbal est publié dans l'*Annuaire* de 1906, p. 75, et en propose l'adoption, si personne n'a d'observations à présenter.

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Le président fait observer que la Société ayant tenu, en outre, deux assemblées extraordinaires les 20 avril et 26 octobre 1907, il y a lieu d'adopter également ces deux procès-verbaux.

Le secrétaire général donne lecture de ces deux procès-verbaux, qui sont successivement mis aux voix et adoptés.

Il fait part de lettres d'excuses de MM. Eudlitz, Nahum et Loup, et donne lecture d'une lettre par laquelle M. Rouzée demande la décision qui a été prise à la suite de la plainte qu'il a formulée contre M. Bert. Il ajoute que cette lettre a été examinée par le Conseil de famille de l'Ecole et qu'elle sera retournée au Conseil de l'Association, afin qu'un Conseil mixte composé, comme il a été décidé le 26 octobre, de trois membres de l'Ecole et de trois de l'Association statue sur le cas.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle M. Martinier se démet de ses fonctions de membre du jury du concours de professeur suppléant de prothèse à cause de l'insuffisance du Règlement des concours et annonce qu'il interpellera à cet égard à l'assemblée générale.

Le président dit que cette question viendra en discussion à la suite du rapport du secrétaire général, qui rend compte des concours.

Il communique une lettre de M. Quincerot, qui demande qu'il soit donné lecture d'un article qu'il a publié dans le *Monde dentaire* sur le charlatanisme et ajoute que cet article viendra aux propositions diverses.

Le secrétaire général donne lecture de son rapport.

Le trésorier donne lecture de son rapport et du projet de budget pour 1907-1908 s'élevant en recettes à 184.000 et en dépenses à 162.807 avec un excédent de 21.193 francs.

Le président. — Je remercie les collaborateurs qui nous ont aidés. Vous venez de voir par les rapports du secrétaire général et du trésorier que l'année 1906-1907 a été active et prospère, tant par le nombre des élèves que par celui des malades. Un contrôle a été exercé sur les travaux des uns et la situation des autres. Le travail a été compliqué par l'exécution de la décision relative à l'union intime pour introduire l'unité d'administration nécessaire.

Vous avez vu que nous avons augmenté le crédit moral des chirurgiens-dentistes. Nous avons amené le professeur Lannelongue à venir visiter l'Ecole ; s'il n'a pu présider la distribution des récompenses, c'est véritablement la maladie qui l'en a empêché, et quelques jours après il nous l'a encore confirmé par lettre. Hier encore je voyais avec M. Desgrez, le professeur Bouchard qui nous affirmait sa sympathie pour notre Groupement.

L'an dernier l'assimilation de notre Dispensaire à ceux de l'Assistance publique a consolidé notre situation et empêchera, je l'espère, la création, comme cela s'est fait à Bordeaux, d'une école d'Etat.

En ce qui concerne l'hygiène dentaire dans l'armée, nous avons adopté un vœu qui a été envoyé au ministre de la Guerre pour la création de services dentaires dans chaque garnison. Cette année la création sera limitée à cause d'une question de crédit ; mais nous avons reçu avis qu'un service dentaire complet a été organisé, grâce à la coopérative régimentaire dans un régiment de l'Est. Depuis, un service semblable a été organisé dans trois autres régiments par le même moyen. Nos jeunes diplômés peuvent donc, au régiment, exercer leur art par ce moyen. Le chirurgien-dentiste arrive diplômé au régiment, tandis que l'étudiant en médecine n'a fait qu'un an de médecine : c'est donc le premier qui est appelé à exercer son art. Voilà une supériorité dentaire. Le major chargé du service dentaire au Val-de-Grâce a subi les examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, et le major de l'Est dont je vous parlais tout à l'heure a fait ses études dentaires à Nancy.

A ce propos recommandez aux jeunes diplômés d'être très réservés dans leurs prétentions quand ils vont au régiment. On ne peut pas réclamer tout de suite la création du titre de chirurgien-dentiste militaire, cela viendra plus tard quand on aura apprécié les services rendus.

M. Blatter vous a rappelé les Congrès auxquels nous avons pris part, et M. Bioux vous a exposé notre situation financière. Je répète que nos collaborateurs ont travaillé beaucoup. Je vous demande donc de remercier notre Corps enseignant et les membres de notre Conseil d'administration, particulièrement M. Blatter, qui, tous les matins, après son cours, assure son service de secrétaire général, et mon ami Bioux qui, quoique nouveau, a assuré avec compétence une charge considérable et s'en est merveilleusement tiré. (*Applaudissements.*)

M. Martinier. — On va certainement faire appel aux chirurgiens-dentistes pour le moment ; mais l'organisation prévue par le ministère de la Guerre ne leur donnera pas satisfaction, car lorsque les chirurgiens-majors se seront formés, quand leur éducation dentaire sera terminée, on nommera des dentistes militaires qui seront des médecins.

Je demande donc qu'il soit fait des démarches pour remédier à cet état de choses. Mettez-vous bien dans l'idée qu'il faut des démarches urgentes pour empêcher que les chirurgiens-dentistes ne soient mis de côté. J'appelle l'attention de l'assemblée et celle du bureau sur les paroles de M. Godon pour qu'on étudie un projet qui sauvegarde définitivement le titre et les privilèges des chirurgiens-dentistes.

Le président. — Je vous ai fourni quelques renseignements qui me paraissent de bon augure. J'estime que M Martinier a raison de nous faire voir l'autre côté de la médaille ; mais les renseignements que j'ai pu recueillir me permettent de dire, avant que nous passions au vote, que je crois encore au maintien du chirurgien-dentiste pendant longtemps. Mais vous ne garderez votre place qu'en la défendant toujours, et la situation des dentistes ira ainsi en grandissant, si vous savez la défendre.

M. Bonnard. — L'horizon me paraît plus sombre que ne le pense M. Godon.

Une circulaire du directeur du service de santé obligeant les aides-majors à passer quelques semaines au Val-de-Grâce pour créer des services dentaires dans l'armée, il est manifeste que ce sont les aides-majors qui seront chargés de ces services.

Le président. — Il y a 250 régiments et il y a tous les ans environ 250 chirurgiens-dentistes diplômés ; il faudra bien longtemps avant que le corps médical puisse suffire seul aux besoins dentaires de l'armée.

M. Martinier pense qu'il doit y avoir un moyen d'empêcher les majors de régiment d'annihiler les chirurgiens-dentistes.

Le président. — Le Conseil de direction que vous avez nommé s'est déjà occupé de la question ; celui que vous allez nommer continuera à le faire.

Il est 10 h. 1/4 ; conformément à l'indication portée sur la convocation, nous allons procéder à l'élection de dix membres du Conseil sortants.

Il est procédé au vote ; cette opération terminée, les scrutateurs se retirent dans une pièce voisine pour procéder au dépouillement, et à 11 heures la discussion est reprise.

Le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole au sujet du rapport du secrétaire général ?

M. Touvet-Fanton. — On a dit que les services dentaires dans l'armée seraient sous la direction d'un docteur. Les dentistes seront donc des infirmiers ; cela ne se produirait pas s'ils étaient docteurs en chirurgie dentaire.

M. Martinier n'a jamais douté qu'on ne mette le service dentaire, sous les ordres d'un chirurgien-major. Il est évident que, s'il n'y a qu'un service d'inspection dentaire, un major pourra le diriger ; mais si l'on veut organiser un véritable service dentaire complet, il faudra un dentiste. Il s'agit donc de savoir comment ce service devra être organisé pour être dirigé par un dentiste.

M. Touvet-Fanton constate que cela ne détruit pas la portée de son observation.

M. G. Villain demande si l'on ne pourrait pas nommer une commission.

Le président répond que le Conseil s'en occupera avec celui de l'Association. Il engage les membres de la Société à s'employer auprès de leurs relations pour faire aboutir la création des services dentaires dirigés par les dentistes. Il rappelle qu'il a fallu longtemps pour que la situation des vétérinaires soit reconnue et que le service de santé n'a également son autonomie que depuis peu, car précédemment il était subordonné au commandement.

Il demande si quelqu'un a autre chose à dire au sujet du rapport du secrétaire général.

M. Martinier. — On me rendra cette justice que jamais je n'ai fait entendre de critiques de l'enseignement de cette école. Mais dans un récent concours le jury n'a trouvé dans le Règlement aucune indication concernant le concours pour le poste de professeur suppléant de prothèse. Il a donc cru devoir faire une déclaration écrite, qui a été remise au secrétaire général, pour demander au Conseil d'administration des indications plus nettes, en présence de l'insuffisance du programme

soumis. Ce programme ayant été conçu et adopté par le Conseil d'administration, le jury demandait à celui-ci des indications complémentaires. Je reçus, à cette occasion, une réponse du secrétaire général (il en donne lecture) m'annonçant que le jury pouvait faire faire aux candidats une leçon orale, si ceux-ci l'acceptaient.

Il y a eu, à mon avis, confusion entre l'épreuve écrite et la leçon orale.

Précédemment les programmes portaient une épreuve orale comprenant une leçon de trois quarts d'heure sur un sujet donné trois jours à l'avance aux candidats, et ceux-ci faisaient cette leçon orale devant le jury sans livres ni notes. Cette épreuve n'existe pas dans le programme actuel. C'est pour cela que le jury a écrit au Conseil d'administration. J'ai adressé au secrétaire général une lettre qu'il a lue tout à l'heure, en donnant ma démission de membre du jury, parce que j'estimais irrégulier de laisser aux candidats la faculté d'accepter ou de refuser une épreuve (Il donne lecture de sa première lettre de démission et de sa deuxième lettre, maintenant cette démission).

Il existait autrefois une série de programmes spéciaux pour chaque concours et tous portaient cette épreuve. Or, comme dans le nouveau programme, publié le 30 septembre, il n'était pas question de cette épreuve ou, si elle existait, c'était avec confusion, rien n'empêchait le Conseil d'imposer cette épreuve. En laissant aux candidats le choix d'accepter ou de refuser une épreuve orale, le Conseil semblait indiquer que l'épreuve ne devait pas avoir lieu. Or, s'il y a une chose à laquelle nous devons tenir, c'est à la manière d'entrer dans le Corps enseignant. Si nous voulons lui laisser toute la valeur qu'elle doit avoir, il ne faut pas que des erreurs de ce genre puissent se produire, et c'est un très mauvais procédé que de laisser des candidats décider s'ils veulent ou non subir une épreuve. Voilà pourquoi j'ai demandé que cette question vienne en assemblée générale, parce que je tiens à ce que les concours que nous avons institués soient conservés intacts et extrêmement nets. S'il y avait un programme insuffisant, il fallait se reporter aux programmes précédents. Cette épreuve orale existe dans tous les autres concours ; pourquoi la supprimer uniquement pour la prothèse ?

Il y avait non seulement un programme indéterminé, mais d'autres choses qui montraient que mes collègues de la direction et de l'administration avaient été pris un peu au dépourvu en approuvant ce programme. Il ne faut donc pas que ce fait crée un précédent.

M. L. Lemerle. — Les membres du Conseil ont tenu à ce que e niveau des concours soit aussi élevé que possible. J'avais remarqué qu'il y avait des variantes considérables dans tous les programmes antérieurs. Ainsi, en 1888, pour le concours de prothèse dentaire e jury se compose de cinq membres, quatre heures sont accordées pour l'épreuve écrite, deux jours sont accordés seulement pour la préparation ; il faut faire acte de candidature deux jours avant l'ouverture. En 1896, dans un concours de chef de clinique, l'épreuve sur titres vaut quarante points, on n'a plus que deux heures pour l'épreuve écrite. En 1897 le jury est composé de cinq membres après l'avoir été de

quatre, la composition écrite dure trois heures, les points sur titres sont portés à 45. Il y a ainsi beaucoup d'autres variantes qu'il serait trop long de vous énumérer.

J'ai donc cherché à unifier tous ces programmes, car il m'a semblé regrettable que dans une école de l'importance de la nôtre il n'y ait pas un règlement de concours.

Pour ce travail de codification, j'ai divisé les cours en cours théoriques et en cours pratiques. J'ai pensé que dans les seconds on pouvait supprimer la leçon orale, et que dans les premiers on devait supprimer l'épreuve pratique.

Il y a une leçon clinique que le jury est libre d'étendre autant qu'il le juge nécessaire.

Le projet que j'ai proposé n'a pas été voté à la légère ; je l'ai présenté en première lecture au Conseil du 12 mars 1907 ; il a été tiré à la machine en un premier exemplaire qui a été envoyé à chaque conseiller. Deuxième lecture le 14 mai ; elle a provoqué un certain nombre de modifications ; un nouveau tirage eut lieu et une troisième lecture et une troisième discussion eurent lieu le 9 juin.

A tort ou à raison le Conseil a supprimé cette épreuve orale pour simplifier le concours, mais il est, je crois, tout disposé à la rétablir si vous le désirez pour tous les postes de professeurs suppléants théoriques ou pratiques.

D'après la lettre de M. Martinier, le Conseil ne pouvait pas imposer aux candidats une épreuve supplémentaire, puisqu'ils s'étaient présentés sur un programme déterminé ; nous ne pouvions donc que proposer à ceux-ci une épreuve supplémentaire. Ils l'ont acceptée ; le concours devait donc se continuer sauf à M. Martinier de formuler sa protestation, que nous aurions discutée aujourd'hui.

M. Martinier. — Si nous remontons à 1888, il est évident qu'il y avait une différence : le nombre des heures accordées au candidat. Je ne crois pas qu'il y ait unification dans le travail auquel vous vous êtes livrés. Pourquoi supprimer la leçon orale dans les épreuves de cours pratiques ? Elle peut apporter un appoint, et vous devez donner la préférence à un candidat qui fait preuve d'une compétence pédagogique didactique.

Si le Conseil avait déclaré catégoriquement avoir supprimé la leçon orale, je me serais incliné et je n'aurais pas donné ma démission, car je m'inclinerai toujours devant les décisions du Conseil ; mais si un jour il supprime quelque chose pour le rétablir le lendemain, au gré des candidats, je m'élève contre ce procédé et c'est pour cela que j'ai porté la question en assemblée générale.

M. J. d'Argent. — Comme conseiller j'ai évidemment une part de responsabilité dans les mesures prises par le Conseil et qui ont donné lieu aux observations de M. Martinier. C'est à ce titre que j'entre dans la discussion.

On ne peut que féliciter M. Lemerle de son travail d'unification des programmes de concours. Ce travail peut présenter des lacunes, mais il est perfectible ; toutefois je ne puis pas dire que la suppression de l'épreuve orale dans les concours pour des postes cliniques soit pour

me peiner, et je prendrai pour base de mon argumentation ce qu'a dit M. Martinier lui-même, dans diverses circonstances, et notamment à la Commission d'enseignement. Pour cela voyons en quoi consistait réellement cette épreuve orale dans ces concours : elle consiste à remplir un certain nombre de feuilles de papier, qui sont lues ensuite devant le jury de telle manière que cette lecture absorbe environ trois quarts d'heure. Or, généralement les idées et les faits exposés dans ces pages sont empruntés à un ouvrage quelconque, si bien qu'en attribuant une note, qui est forcément bonne, ce n'est pas le candidat qui est coté, mais l'auteur de l'ouvrage. A mon sens, cette épreuve n'a pas la valeur que lui reconnaît M. Martinier.

Il vaut mieux la remplacer par une leçon clinique, faite sur un cas spécial. C'est d'ailleurs à cet avis que M. Martinier se rangeait, il y a cinq ou six ans. A cette époque, nous avions un jeune professeur suppléant qui avait pris au sérieux cette épreuve du concours et qui exposait au tableau même après sa nomination, une leçon de ce genre ; M. Martinier regrettait alors que ce professeur traitât, de cette manière, des sujets tels que : les abcès, les sinusites, etc..., au lieu de faire une leçon clinique, et estimait que ce n'était pas cela qu'on devait exiger du professeur suppléant.

Nous étions donc de l'avis de M. Martinier quand nous avons supprimé ce cours oral. J'ai appuyé la proposition que le candidat fasse une leçon clinique d'une demi-heure sur un malade, et je n'aurais pas demandé l'épreuve orale comme elle se faisait précédemment.

Je souhaiterais que le programme des concours fût légèrement corsé et qu'on ajoutât à l'observation d'un malade une leçon clinique et des opérations avec explications. Il ne suffit pas de demander au candidat des preuves de son habileté opératoire, il faut aussi exiger une démonstration de ses qualités pédagogiques, dans les opérations. Je dépose donc l'ordre du jour suivant :

« L'assemblée, considérant qu'il importe que les programmes de
» concours aux postes du Corps enseignant soient mis en concordance
» avec les fonctions que les élus auront à exercer, invite le Conseil
» d'administration à accomplir cette réforme, d'accord avec la Com-
» mission d'enseignement et le Conseil du Corps enseignant. »

M. Martinier. — M. d'Argent vous rappelle l'opinion que j'avais il y a cinq ou six ans en disant que je n'étais pas partisan des leçons orales. Cependant il y a ici un témoin avec lequel j'ai rédigé il y a quinze ans une série de leçons cliniques pour permettre aux professeurs non pas d'aller au tableau noir faire une leçon, mais de parler longuement sur les questions qui intéressent les malades qu'ils examinent et les élèves qui examinent ces malades. Pour être un bon professeur de clinique il faut déterminer l'affection, la passer en revue complètement et faire comprendre aux élèves tout ce qui est intéressant chez le malade et dans son affection.

Je suis partisan des épreuves orales pour le Corps enseignant pratique et j'estime que c'est un tort d'éloigner le candidat de toute épreuve qui peut lui faire prendre l'habitude d'user de la parole à propos d'un malade sans avoir préparé longuement sa leçon à l'avance. Je ne suis

pas de l'avis de M. d'Argent pour les leçons orales, et tous les professeurs qui ont passé des concours disent qu'on fait la leçon orale avec des notes, mais sans les lire. Vous devez entraîner les membres du Corps enseignant non seulement à bien connaître leur pratique, mais aussi à savoir bien expliquer les cas qu'ils voient et faire ainsi profiter les élèves de leur enseignement.

M. André. – Jusqu'à présent on n'a pas encore imposé d'épreuves pratiques, c'est-à-dire d'épreuves manuelles aux candidats. Pourtant, avant d'être un bon professeur, il faut être un bon praticien, et c'est de cela que le jury devrait d'abord s'occuper. Il devrait d'abord rechercher le candidat susceptible d'exécuter parfaitement le travail qu'il aura à expliquer.

Le président. — Le Conseil d'administration que vous venez de nommer devra tenir compte de vos observations et reviser ou compléter les programmes. Le précédent Conseil a cru faire œuvre utile en codifiant les programmes, en discutant le nouveau règlement en plusieurs séances, en le publiant, et il ne s'est élevé aucune protestation, au moins à la veille du concours. Ce n'est qu'à la pratique qu'on peut voir ce que valent les choses. Il y avait quatre concours : trois jurys ont terminé leurs opérations sans formuler d'observations ; le jury de prothèse en a présenté une : c'était parfaitement son droit. Le Conseil n'a pas pensé pouvoir modifier le programme de ce concours, celui-ci une fois commencé ; aussi n'a-t-il ajouté l'épreuve supplémentaire que si les candidats l'acceptaient.

Dans tous les cas je crois qu'après ces explications il ne reste rien de l'incident et je crois même que M. Martinier pourra reprendre sa place dans le jury, puisque celui-ci n'a fait que suspendre ses opérations ; il restera seulement des observations qui seront renvoyées à la Commission d'enseignement.

M. Martinier. — J'accepte, c'est entendu, de retirer ma démission. Voici la lettre que je reçois ce soir du secrétaire général (il en donne lecture). Je demande que le Conseil revise le règlement et ajoute une leçon orale pour différencier le concours de professeur de clinique du concours de chef de clinique.

Le président. — Il me paraît que vous devez laisser à la Commission d'enseignement et au Conseil d'administration l'initiative de cette revision.

M. Touchard. — Il vaut mieux, en effet, que cette question soit soumise d'abord à cette Commission.

Le président. — En février nous devons réunir le Conseil du Corps enseignant où des avis utiles pourront être formulés sur la question. Je vous propose donc de laisser à la Commission d'enseignement, au Conseil d'administration et au Conseil du Corps enseignant le soin de décider en tenant compte des observations que vous avez présentées.

La proposition du président est mise aux voix et adoptée.

Le rapport du secrétaire général, le rapport du trésorier et le projet de budget pour 1908 sont successivement mis aux voix et adoptés.

Le président. — Je crois que, vu l'heure avancée, vous pouvez renvoyer au Conseil d'administration l'article de M. Quincerot dans le *Monde dentaire.*

La proposition, mise aux voix, est adoptée.

Le président. — Voici les résultats du scrutin :

Votants : 98. — Suffrages exprimés : 93. — Bulletins blancs : 5.

MM. J. d'Argent ..	80 voix,	élu	MM. Touchard.....	2	voix
Blatter.......	83 —	—	Miègeville	1	—
Bioux........	83 —	—	Martinier	3	—
Geoffroy	74 —	—	Hugot........	1	—
Lemaire......	79 —	—	Loriot	2	—
Loup	90 —	—	Tzanck	1	—
Pélissier	87 —	—	Bonnard......	4	—
Renhold (M.).	76 —	—	Ricou.........	2	—
Sauvez (E.)...	81 —	—	Duz	1	—
G. Villain....	75	—	H. Villain.....	2	—
Delair	1		Pailliottin.....	2	—
Lalement	1 —				

Le président. — En conséquence, MM. J. d'Argent, Blatter, Bioux, Geoffroy, Lemaire, Loup, Pélissier, M. Renhold, E. Sauvez et G. Villain sont élus membres du Conseil de Direction pour deux ans.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général : BLATTER.

RAPPORT DE M. BLATTER,

Secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

La tâche toujours ingrate de présenter le rapport à l'assemblée générale me revient cette année. Rendue moins lourde par votre bienveillance, elle devient presque agréable lorsqu'il s'agit de faire connaître le bilan d'une année d'activité et de progrès comme celle-ci.

J'ai conservé le cadre traditionnel de ce rapport : Ecole, Dispensaire Société, dans lequel se placent facilement toutes nos manifestations d'activité.

L'ECOLE.

Direction, modifications administratives. — La Direction a pensé que le moment était venu de mettre à profit nos expériences administratives et de fixer l'organisation des différents services.

Elle a donc établi des règlements et dès maintenant les services [Prothèse, Clinique et Laboratoire, Orthodontie, Economat, Pharmacie, Dentisterie opératoire, réorganisation de la quatrième année (Salle Lecaudey), Clinique de bridges, Radiographie et Photographie] ont les leurs.

Un employé spécial, responsable de chaque service, fournit chaque

mois, chaque trimestre, chaque semestre, chaque année, l'état du service.

Le surveillant général centralise les états des services pratiques ; le chef du secrétariat ceux des services administratifs.

Voici actuellement les rapports que fournissent mensuellement les employés chargés de la partie administrative de chaque service.

1° Statistique des différents cours, professeurs ;
2° Statistique des différents cours, élèves ;
3° Statistique des malades (admissions) ;
4° Fournitures de dentisterie opératoire ;
5° Comptabilité de la dentisterie opératoire ;
6° Etat de la prothèse (Surveillant général) ;
7° Etat de la prothèse (Appareils pour les cliniques)
8° Fournitures employées au laboratoire de prothèse :
9° Pharmacie ;
10° Lingerie et serviettes ;
11° Etat des sorties et entrées des livres (Bibliothèque ;
12° Economat (Etat des fournitures et dépenses diverses
13° Caisse (Recettes et dépenses) ;
14° Comptabilité générale ;
15° Archives ;
16° Rapport général par le chef du secrétariat.

Ces rapports permettent de se rendre compte du fonctionnement régulier des services.

I. — Service de pharmacie.

Le nombre toujours croissant des élèves, l'emploi de produits toxiques, la garantie dans la préparation de solutions antiseptiques et stérilisées, etc., ont rendu nécessaire la création d'un service de pharmacie avec des responsabilités nettement établies. Il y a deux ans, M. Dehogues, pharmacien, alors élève à l'Ecole, avait présenté sur ce sujet un rapport très remarquable, qui nous fut de grande utilité pour l'organisation de ce service. Aujourd'hui la pharmacie fonctionne très régulièrement, sous la direction de M. Miégeville, pharmacien de 1re classe et chef de clinique à l'Ecole.

Sur la demande de la Direction, l'Administration de l'Assistance publique a accordé l'autorisation de prendre à la Pharmacie centrale des hôpitaux les produits qui nous sont nécessaires.

Activité administrative.

Quelques chiffres vous donneront une idée du travail fourni par la Direction et le Conseil.

Du 1er octobre 1906 *au* 30 *septembre* 1907, le Conseil a tenu 15 séances et le bureau 25.

Il y a eu 738 décisions prises et 8.300 lettres et convocations envoyées.

II. — Règlement des concours.

Le Conseil a jugé utile de refondre les règlements des concours. Un rapport sur ce sujet a été soumis à la Commission d'enseignement par M. Lemerle. Accepté par cette Commission, il a été soumis au Conseil qui, après discussion, l'a accepté à son tour. Ces règlements ont été, suivant l'usage, publiés dans *L'Odontologie* sans soulever d'objection. C'est à l'épreuve qu'on apprécie les règlements et, sur observation précise faite au sujet d'un récent concours, le Conseil a décidé de revoir ces règlements.

III. — Enseignement.

Je laisse de côté tout ce qui concerne les services établis les années précédentes et qui ont régulièrement fonctionné, pour ne signaler que les créations de cette année.

Conférences pédagogiques aux démonstrateurs. — Organisées d'abord pour la dentisterie opératoire, puis étendues à tous les services, elles sont régulièrement suivies et donnent d'excellents résultats. Grâce à elles s'obtient l'homogénéité de l'enseignement et s'acquiert la méthode d'enseigner.

MM. Eudlitz, F. Jean, Lemerle, Robin et votre secrétaire général, à qui revient cette initiative, ont pensé que de telles conférences seraient particulièrement utiles aux jeunes, aux démonstrateurs stagiaires, qui désormais devront les avoir suivies pendant au moins trois mois avant d'être titularisés. Ainsi nos démonstrateurs auront subi une excellente préparation et une sélection très utile s'opérera régulièrement.

Clinique de dentisterie opératoire. — Le très grand nombre des malades qui se présentent à la Clinique de chirurgie dentaire ne permet pas d'y fournir aux élèves des indications suffisantes sur les soins à donner aux malades. La nouvelle Clinique de dentisterie opératoire a donc pour but d'indiquer aux élèves de première et de deuxième année les opérations qu'il sera nécessaire d'exécuter dans la bouche des malades qu'on leur confie.

Clinique de bridge-work. — La place considérable prise dans la profession par les bridges et le souci que nous avons d'apporter une méthode rationnelle en tous nos travaux nous ont fait créer cette Clinique, dont la direction a été confiée à M. Georges Villain, et fonctionne trois fois par semaine (mardi, jeudi, dimanche).

Radiographie et photographie. — Le service de radiographie, réorganisé, fonctionne désormais régulièrement ; il est assuré par M. Serres, assisté de M. Miègeville. Il y a été adjoint sur la demande de

M. Martinier, un service de photographie comblant une lacune regrettable, particulièrement pour l'orthodontie.

Nous sommes heureux de pouvoir les mettre à la disposition des membres du Groupement.

Clinique des hôpitaux. — La Clinique chirurgicale est toujours assurée à Lariboisière par le professeur Sebileau, assisté de notre dévoué confrère M. G. Lemerle.

Egalement à Lariboisière, le professeur Launois et le Dr Marie assurent la Clinique médicale pour une partie de nos élèves.

Les élèves de deuxième année devaient aller pour la Clinique médicale à Boucicaut, ce qui n'était pas sans inconvénient administratif ni sans perte de temps pour nos élèves. La Direction vient d'obtenir l'admission de ces élèves à la Clinique du Dr Tapret, médecin des hôpitaux, assisté de M. Flurin, interne du service, à Lariboisière. C'est donc à cet hôpital, le plus voisin de notre école, que désormais tous nos élèves iront pour les Cliniques chirurgicale et médicales.

IV. — Corps enseignant.

Nous signalons ici, non seulement les mutations opérées dans notre Corps professoral, mais encore les titres scientifiques décernés à des professeurs et dont l'honneur rejaillit sur notre Corps enseignant tout entier.

M. Grimbert, professeur de chimie et de bactériologie à l'Ecole, est nommé titulaire de la chaire de chimie biologique créée à l'Ecole supérieure de pharmacie par la ville de Paris. A cette occasion, ses élèves et ses amis ont organisé une fête à laquelle notre directeur et quelques membres du Conseil représentaient l'École.

M. Lecène, professeur de pathologie externe à l'École, est nommé professeur agrégé de la F. M. P. et chirurgien des hôpitaux.

M. Mulon, chef des travaux pratiques d'histologie, est nommé agrégé d'anatomie.

M. Desgrez est nommé secrétaire général de l'A. F. A. S.

M. Mahé, chef de clinique à l'Ecole, est nommé examinateur pour le troisième examen d'Etat.

Sont nommés :

M. Touvet-Fanton, professeur titulaire.

M. G Lemerle, professeur suppléant de pathologie dentaire.

MM. Masson et Pailliottin, professeurs suppléants de dentisterie opératoire.

M. Bertelat supplée M. Grimbert, pour la bactériologie et M. Cousin, pour la chimie.

M. Gernez supplée M. Lecène.

Chefs de clinique : MM. Fié, Lemaire, pour la chirurgie dentaire, Miégeville, Tariote, pour l'anesthésie.

Démonstrateurs hebdomadaires : MM. Dreyfus, Dehogues, Cauhepé, Carré, Menant, Poiret.

Démonstrateurs journaliers : MM. Rozemberg, Vanel.

MM. H. Villain et Ch. Jean sont réintégrés dans leurs fonctions de démonstrateurs hebdomadaires.

Démonstrateurs stagiaires : MM. Bouvier, Cottard, Guébel, G. Martinier, Solas, Teisset.

Sont démissionnaires : MM. Paulme, chef de clinique, Chenévisse et Delaunay, démonstrateurs. Nous ne pouvons laisser partir M. Paulme et M. Delaunay, sans leur dire nos regrets de perdre d'excellents collègues et de bons et dévoués collaborateurs. En reconnaissance des services rendus, M. Paulme est nommé chef de clinique honoraire, M. Delaunay, démonstrateur honoraire.

V. — Élèves.

Cette année encore, nous avons à signaler une augmentation dans le nombre des élèves.

1re	année............	99
2e	—	98
3e	—	97
4e	—	16
Etudiants	médecins.....	15
	Total.....	325

Nos exigences au point de vue des études n'ont en rien nui à notre recrutement. Le bon renom de l'Ecole et ses succès aux examens d'Etat inspirent une confiance qui ne se dément pas.

VI. — Bibliothèque.

Nous avons organisé un service de lecture sur place dans la soirée, une fois par semaine, afin de permettre à ceux qui n'ont besoin que de consulter rapidement un ou plusieurs livres de le faire sans les formalités ordinaires du prêt.

Nous adressons nos remerciements à Mme Laurent-Bassereau, d'Angers, qui, en souvenir de son mari, a fait don à notre bibliothèque de 27 volumes de dentisterie opératoire et de prothèse dont la plupart représentent une grande valeur au point de vue historique.

VII. — Société d'Odontologie.

Je n'insiste pas sur ce sujet. Vous savez quelle est la prospérité de cette Société, la très intéressante série de démonstrations pratiques qu'elle a pu nous donner, grâce au matériel de l'Ecole, et combien

nombreux sont les confrères attirés par ses travaux. En retour, elle a mis à l'ordre du jour la question de la réorganisation des études dentaires et a provoqué de très intéressantes discussions sur ce sujet.

VIII. — Séance de réouverture.

La séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses a eu lieu à l'École le samedi 16 novembre 1907.

M. le professeur Lannelongue, membre de l'Institut et sénateur, en avait accepté la présidence ; la maladie l'a empêché de tenir sa promesse. M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a bien voulu témoigner à nouveau tout l'intérêt qu'il porte à notre œuvre, en acceptant immédiatement de remplacer M. Lannelongue. Cet empressement, joint aux actes précieux de sympathie par lesquels il a resserré nos liens avec l'Assistance publique, dit assez quel ami fidèle l'École possède en M. Mesureur.

Après l'allocution d'usage de M. Godon, directeur, M. Serres, professeur à l'École, a fait une très intéressante conférence sur l'application de la physique et de la chimie à l'art dentaire.

Deux médailles d'or pour services rendus à l'École ont été décernées à deux professeurs : l'une à M. Barrié, l'autre à M. Pinet.

Nous devons aussi remercier les généreux donateurs qui ont bien voulu nous offrir des prix pour nos élèves.

IX. – Le Dispensaire.

Une bonne œuvre, immédiatement utile à celui qui la fait : tel est notre Dispensaire, qui rend service à la fois à nos élèves et aux malades. Nous faisons œuvre d'humanité et notre enseignement, en même temps, s'enrichit.

Cette double satisfaction ne nous laisse pas oublier cependant que nos confrères qui travaillent ne doivent pas être lésés par une charité trop aveugle ou désordonnée.

Aussi, cette année, la Direction a plus impitoyablement que jamais évincé les malades aisés chaque fois qu'elle les a découverts. Et elle les découvre tous maintenant grâce aux enquêtes régulièrement faites dans tous les cas et grâce au service de contrôle dont j'ai déjà parlé.

La suppression complète des appareils payants est une excellente garantie à cet égard.

Cependant, le nombre des malades admis au Dispensaire est encore supérieur à celui de l'an dernier. Du 1er octobre 1905 au 30 septembre 1906, le Dispensaire avait reçu 45.164 malades ; en cette année scolaire, du 1er octobre 1906 au 30 septembre 1907, il en a reçu 57.118.

Nous ne nous sommes donc pas trompés en pensant que l'Assistance publique nous restituerait en vrais indigents ce que nous éliminions de malades aisés.

En effet, le service organisé de concert avec l'Assistance publique et qui a mis notre Dispensaire sur le même pied que ceux de cette Administration, fonctionne désormais très régulièrement. Nous avons déjà fait pour cette catégorie de malades 82 appareils de prothèse.

De plus, une création nouvelle de l'Assistance publique nous fournit aussi des malades. Sur la demande de M. le directeur de l'A. P., l'École a organisé un service dentaire au sanatorium de Villemin, à Angicourt. Un professeur de l'École en est spécialement chargé.

Voici comment fonctionne ce service : Tout malade en instance d'entrée au Sanatorium est envoyé le lundi à l'École, pour mise en état de la bouche et travaux urgents. Ensuite, le professeur chargé du service se rend une fois par mois à Angicourt pour y soigner les malades admis.

Notre enseignement ne peut que profiter de cette nouvelle catégorie de malades.

Les nouveaux états de contrôle permettent de résumer ainsi les travaux faits au Dispensaire, pendant le cours de l'année :

Clinique de chirurgie dentaire	7.655
Clinique d'anesthésie	1.804
Clinique de prothèse	362
Clinique d'orthodontie	160
Dentisterie opératoire 2e, 3e et 4e degrés	22.046
Pyhorrée	212
Nettoyages	625
Etain	256
Ciments, amalgames, gutta et divers	844
Aurifications	2.111
Emaux, gold inlays, couronnes et bridges	81

LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE.

I. — Mutations dans la Société.

Membres nouveaux. — De nombreux membres nouveaux se sont fait inscrire cette année, pour Paris 52, pour la Province 17, pour l'Etranger 6. En voici la liste :

PARIS ET DÉPARTEMENT DE LA SEINE

27 décembre 1906. — MM. Florentin, 25, rue Custine ; Katz, 1 *bis*, rue Bleue ; Mme Jordanis, 9, rue Volney ; M. Bouillant, 2, rue Stephenson ; Mlle Duvivier, 1, rue Ordener ; M. Pittet, 80, rue Miromesnil.

15 janvier 1907. — MM. Poullot, 23, rue Fontaine ; Pijant, 65, rue du Moulin-Vert ; Boudon, 130, rue de Grenelle ; Tritsch, 89, rue Saint-Dominique ; Nathan, 32, boulevard Richard-Lenoir ; Lepelletier, 128, boulevard de Clichy ; Santin, 80, rue de Grave, à Levallois ; Vasserot,

12 *bis*, rue Legendre ; Graff, 173 *bis*, avenue de Versailles ; Gatineau, rue Bardu, à Villejuif ; Philippoteaux, 31, rue Saint-Lazare ; Mathey, 39, rue Charlot ; Sagnet, 38, rue des Moines ; Vanel, 18, rue Lafayette ; Launay, 51, rue de Belleville.

5 février 1907. — Mme Frenkel, 59, rue de Chaillot.

12 mars 1907. — M. Granger, 79, rue du Bac.

30 avril 1907. — Mme Clément, 21, rue Aubert ; Mlle Caillaud, 113, avenue Victor-Hugo ; MM. Daprey, 21, rue de Passy ; Baghdjian, 41, rue Mouton-Duvernet.

14 mai 1907. — MM. Marcus Michel, 142, rue Lafayette ; Moreau, 7, rue Sedaine ; Callouel, 21, rue Vignon ; Declide, 16, place de Clichy ; Ragageot, 118, boulevard Diderot.

9 juillet 1907. — MM. Cottard, 4, place Saint-François ; Bouvier, 39, rue de Lancry ; Mlle Robert, 45, rue de La Tour-d'Auvergne ; MM. Solas, 56, rue Montmartre ; Girardin, 184, rue de Rivoli ; Bayner, 56, rue Jouffroy ; Balinoff, 12, rue Louis-Philippe, à Neuilly ; Bouchard, 25, rue Lepic ; Godefroy, 100, avenue de Clichy ; Guébel, 15, rue de l'Arcade ; Mlle Gallo, 16, rue Bugeaud.

8 octobre 1907. — MM. Cagnoli, 41, rue de Douai ; Bacri, 186, rue de Rivoli ; Billet, 3, boulevard de Courcelles.

29 octobre 1907. — MM. Nahum, 36, rue du Château-d'Eau ; Gueunesseaux, 128, rue de Tocqueville ; Fischbach, 28, boulevard Saint-Martin ; Pernet, 47, rue Caulaincourt ; Walter, 24, rue Étienne-Marcel, à Montreuil-sous-Bois.

26 novembre 1907. — M. Tamisier, 13, rue de Clichy.

PROVINCE

27 décembre 1907. — MM. Moulin, 1, boulevard Davoust, à Auxerre, (Yonne) ; Roy et Abel, à Sens (Yonne) ; Cavry, à Calais (Pas-de-Calais).

15 janvier 1907. — MM. Cavallié, 18, rue Esprit-des-Lois, à Bordeaux ; Cyboule, 4, rue Thiers, à Pontoise.

12 mars 1907. — M. Cannon, rue Boulet-de-Pontoise, à Argenteuil.

14 mai 1907. — M. Maublanc, boulevard de la Liberté, à Dôle.

15 juillet 1907. — MM. Frichet, à Lachapelle-Tasson ; Courcelle, 37, rue de Rennes, à Laval ; Chomont, à Vallon-en-Sully (Allier) ; Jamard, à Evry (Aube) ; Menant, à Melun (Seine-et-Marne) ; le Dr Prost-Maréchal, 14, rue de Maurepas, à Versailles.

8 octobre 1907. — MM. Pennelet, à Port-Brillet (Mayenne) ; Gravière, 7, rue Moenne, à Bourges ; Ponthieu, 164, rue Loubon, à Marseille.

Novembre 1907. — Mlle Bennejant, 15, place Delille, Clermont-Ferrand.

ÉTRANGER

27 décembre 1906. — M. Vasquez, 7, Calle Esmeralda, à Valparaiso (Chili).

15 janvier 1907. — M. Gatti, Via del Cane, à Bologne (Italie).
12 mars 1907. — M. le Dr A. Palermo, Rivadavia, 644, Buenos-Ayres.
9 juillet 1907. — M. Coen, à Corfou (Grèce).
8 octobre 1907. — M. Sentenac, Villa Le Bosquet, à Yverdon (Suisse).
Novembre. — Pachecco, 12 Rua Industria, Para, Brésil.

En résumé, nous avions, l'année dernière 1.022 membres, y compris, 311 pupilles de l'Association.

Nous avons actuellement :

Membres honoraires :

Paris	75
Province	13
Etranger	22

Membres titulaires :

Paris	410
Province	223
Colonies et étranger	73
Pupilles de l'Association	325
Total	1141

Nous avons eu, d'autre part, six démissions pour des raisons diverses : celles de MM. Dalban, Barbacci, Duvivier, Fabre, Huttinger, Revertegat.

Décès. — Nous devons saluer les disparus : MM. Aubeau, professeur honoraire de l'Ecole ; Louis Sénéchal, préparateur de dentisterie opératoire. MM. Dubois, Benoit, Audy, Jules Sautier, Liébaut, Louis Athénas, membres de notre Société.

Nous prions leurs familles d'agréer l'hommage de notre sympathie.

II. — Distinctions honorifiques.

Auprès des tristesses de la vie, plaçons les joies.

Nous avons eu la satisfaction de voir M. Strauss, sénateur, membre très actif et très fidèle du Comité de patronage de notre école, nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

La nomination de notre excellent confrère Heïdé au grade de Chevalier de la Légion d'honneur a été par tous, sympathiquement accueillie, comme le méritait le distingné professeur ainsi honoré.

Nous avons également vu avec plaisir la rosette d'Officier d'Instruction publique accordée à M. Barrié, professeur à l'Ecole, et à M. Levadour, membre de notre Société, les palmes d'Officier d'Académie décernées à MM. Jeay, Cernéa, Paulme, Lalement, Dehogues, Pélissier, de notre Corps enseignant, à MM. Fabret, Raoul Fouques, Fréson, Bassot, Cyboulle, Buscail et Mlle Maurel, membres de notre Société.

Une récompense aussi honorable que méritée a été décernée à notre savant confrère M. Choquet. La Société d'anthropologie de Paris, dans le concours pour le prix Broca, lui a accordé une mention honorable et une somme de 300 francs, pour son étude *Les dents humaines dans les différentes races.* Ce travail, aussi bien que la récompense, honore notre profession tout entière.

III. — Activité de la Société.

Plus active que jamais, la Société de l'Ecole a tenu cette année, trois assemblées générales : la première, le 20 avril 1907, pour préparer les bases d'une union plus intime entre la Société de l'Ecole et l'Association générale ; la deuxième, le 26 octobre 1907, M. Francis Jean, rapporteur désigné, y présentait les modifications à faire aux statuts et règlements de ces deux sociétés, pour les mieux harmoniser et les mieux discipliner, afin de pouvoir travailler dans la paix et l'union. L'assemblée votait ces modifications. Elle acceptait, en même temps, le vœu tendant à faire des démarches auprès de M. le Ministre de la Guerre, pour obtenir la création d'un service dentaire dans l'armée.

La troisième assemblée générale, 9 novembre 1907, avait cet ordre du jour très important : « Réformes et orientation professionnelles ». Une très intéressante et très longue discussion n'ayant pas épuisé le sujet, la suite de la discussion a été remise à la prochaine assemblée.

IV. — Rapports extérieurs.

Visites à l'Ecole. — Les marques de sympathie de la Faculté de médecine sont venues accentuer celles de l'Assistance publique.

Le 14 février, M. le professeur Lannelongue, sénateur, accompagné de M. Strauss, sénateur, a visité l'Ecole.

Après que le directeur lui eût donné des explications sur la réception des malades au Dispensaire et sur le contrôle des admissions, M. le professeur Lannelongue parcourut les différentes cliniques, chirurgie dentaire, prothèse, anesthésie, etc... M. Godon lui exposa les réformes nécessaires intéressant la profession, et lui demanda son appui.

Nul doute que cette visite n'ait exercé quelque influence sur le rapport présenté par M. Lannelongue sur la réforme des études dentaires.

M. Strauss, de son côté, déclare qu'il ne veut pas quitter l'Ecole sans adresser à son directeur, aux professeurs et aux administrateurs, toute son admiration pour cette belle œuvre de philanthropie et d'éducation, due à l'initiative privée.

Une autre visite à signaler, c'est celle de M. le docteur Gendreau, professeur à l'Ecole dentaire de l'Université Laval, à Montréal (Canada).

Conseil supérieur de la Mutualité. — Notre Société a été appelée

à prendre part à l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité. Le bureau a désigné les sept délégués auxquels nous avions droit : MM. Godon, F. Jean, d'Argent, G. Fouques, Lalement (Paris), G. Viau, Blatter.

Congrès. — Nous avons comme toujours manifesté notre vitalité et maintenu nos bonnes relations en France et à l'étranger, en participant aux congrès.

Nous avons répondu à l'invitation de nos confrères de Bordeaux, et MM. F. Jean et d'Argent nous ont représentés au Congrès tenu en cette ville, du 24 au 28 juillet. Ils ont rapporté l'excellente impression qui résulte d'un aimable accueil et d'un congrès où l'on travaille.

Nous ne pouvons espérer dire tout le bien que nous pensons du Congrès de Reims (section d'Odontologie de l'A. F. A. S.). Son grand succès fait, mieux que nous ne saurions le faire, l'éloge de M. Francis Jean et dit à la fois la profonde estime qu'il inspire à la profession et le beau dévouement qu'il lui apporte. Les confrères vinrent en grand nombre ; les travaux furent nombreux et quelques-uns très remarquables.

MM. Godon, Sauvez et Roy nous représentaient au Congrès de la F. D. I., à Amsterdam (7 et 9 août). Attristé par la mort du professeur Miller, son président, ce Congrès n'en offrit pas moins grand intérêt par sa protestation à propos de l'exclusion des dentistes du Congrès médical de Budapest, et par ses conclusions sur l'enseignement dentaire et sur l'hygiène.

Nous avons eu le plaisir de voir M. Sauvez y remplir les fonctions de président provisoire.

Au Congrès de Cardiff, nous étions représentés par M. Platschick, dont vous savez tout le dévouement à notre Ecole et au développement de notre profession. Il nous a donné de ce Congrès un rapport très intéressant, ce qui ne l'empêchait pas d'offrir gracieusement à l'Ecole son four pyromètre.

M. Etchepareborda a bien voulu accepter de nous représenter au Congrès de Jamestown. Il nous a donné un excellent rapport sur ce Congrès très remarquable au point de vue pratique. Notre délégué y vit en particulier un four Taggart qui lui parut intéressant, et donna à l'Ecole 500 francs pour en faire l'acquisition.

La Société d'Odontologie a offert à M. Etchepareborda, en souvenir de sa délégation à Jamestown, une médaille de bronze.

Mentionnons, en terminant, la médaille d'or accordée à l'Ecole, à l'Exposition de Milan.

Conclusions.

Tels sont les poins les plus saillants qu'il était de mon devoir de vous faire connaître. Vous m'excuserez, j'espère, si j'ai omis quelque

fait ou oublié quelqu'un. J'avoue l'imperfection de mon travail, malgré sa longueur. Cependant, vous me permettrez d'ajouter deux mots qui résument le passé et qui, j'en ai l'espérance, sont aussi les mots de l'avenir : « Union et Progrès ».

Qui mesurera les progrès accomplis depuis l'heure où quelques dentistes soucieux d'élever la profession, se sont unis pour fonder, groupe, école, dispensaire, puis toutes les œuvres que vous savez ?

Mais aussi, qui ne serait pas frappé de voir avec quelle utilité d'action l'Ecole dentaire a toujours marché pour réaliser de nouveaux progrès ? Néanmoins, avouons que le temps perdu aux querelles eût été plus utilement employé à sauvegarder notre dignité professionnelle, à étendre notre influence scientifique.

Aujourd'hui, la Stomatologie s'organise à son tour : ses adhérents sont relativement nombreux ; elle a de puissants appuis et c'est notre œuvre tout entière qu'elle tente de ruiner ; je veux dire l'œuvre de tous les odontologistes.

C'est le moment d'appeler à l'union tous les groupements de notre profession pour faire face à l'adversaire. Comment le faire si nous donnons chez nous le triste exemple de la désunion et de la lutte ?

Faisons donc le nécessaire pour que l'union toujours plus intime se réalise entre nous, membres de ce vieux et puissant groupement, et que par nous se réalise l'union par l'action de tous les groupements odontologiques.

Ce faisant, nous aurons travaillé non seulement au maintien et au développement de notre œuvre d'enseignement et de bienfaisance, mais encore à rendre notre profession plus honorable, plus digne d'intéresser tous ceux que le travail, la philanthropie, la fraternité et la science ne laissent pas indifférents.

Par une union plus intime allons à de nouveaux progrès !

Le secrétaire général : BLATTER.

RAPPORT DE M. BIOUX,

Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

Au nom du Conseil d'administration j'ai l'honneur de vous présenter la situation financière arrêtée au 30 septembre dernier au lieu de fin octobre comme il était d'usage. En réalité, pour l'année qui finit, l'exercice financier ne porte que sur onze mois. En agissant ainsi nous nous sommes conformés à une décision du Conseil qui a voulu faire concorder l'ouverture et la clôture des comptes avec

l'année scolaire qui commence le 1er octobre et s'achève à fin septembre.

Les résultats de l'exercice 1906-1907 se traduisent par un excédent de recettes de.............................. 31.494 fr. 64.

Ce chiffre est à peu près égal à celui de l'année précédente car, si les dépenses du douzième mois ne sont pas portées à cet exercice, les recettes correspondantes ne le sont pas davantage.

C'est là un état de nos finances tout à fait prospère et la mission qui m'incombe de vous le signaler m'est particulièrement agréable.

Déjà, l'année dernière nous avions pu reconstituer notre fonds de réserve de prévoyance, cette année nous allons pouvoir l'augmenter dans de grandes proportions.

A cet effet, sur la proposition de la Commission des finances, votre Conseil a décidé d'affecter à ce compte — sous la rubrique : Amortissement d'installation — une somme de vingt mille francs.

Cette somme devra s'ajouter à l'annuité prévue pour chaque exercice.

Comparativement aux prévisions budgétaires qui étaient :

En recettes de..................	157.200
En dépenses de..................	144.079 55
Soit excédent de recettes prévues...	13.120 45
Le détail du compte profits et pertes, joint au bilan, montre que les recettes effectives ont été de.....	181.170 28
Et les dépenses de...............	149.675 64
Soit un excédent de recettes de....	31.494 64

Comme l'année dernière, c'est un plus grand nombre d'élèves, une soixantaine environ en plus des 250 prévus, qui explique cette augmentation de recettes.

Il résulte du bilan que les fonds disponibles au 30 septembre 1907, après prélèvement du 1/10 sur les bénéfices pour le fonds de réserve statutaire et de l'annuité pour le fonds de réserve de prévoyance, augmentés des 20.000 francs affectés à l'amortissement d'installation, s'élèvent à la somme de......................... 86.453 fr. 58.

Se décomposant comme suit :

Espèces en Caisse et en Banque...	8.608 65
Avance sur loyer et gaz...........	8.872 50
Prix Lecaudey et valeurs diverses..	3.756 50
Compte immeuble (dons et souscriptions)......................	3.700
Fonds de réserve statutaire.......	21.704 28
Fonds de réserve de prévoyance...	19.811 65
Amortissement d'installation......	20.000
	86.453 58

Contre le chiffre du précédent inventaire	77.294 14
Soit une plus-value des disponibilités de	9.159 44

Tels sont, messieurs et chers confrères, les excellents résultats que votre Conseil soumet à votre approbation. Il vous propose en même temps, d'adopter le projet de budget suivant pour l'exercice 1907-1908 :

En recettes	184.900
En dépenses	162.817 05
Excédent des recettes	22.082 95

Le trésorier : Bioux.

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé du procès-verbal de la séance du 17 décembre 1907.

Présidence de M. Lemerle, puis de M. Godon.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Blatter, J. d'Argent, Geoffroy, Godon, Francis Jean, Jeay, Lemaire, L. Lemerle, Renhold, Touchard, G. Villain.

Excusés : MM. Pélissier, Viau.

M. L. Lemerle prend place au fauteuil comme doyen d'âge.

M. G. Villain remplit les fonctions de secrétaire.

M. G. Villain lit le procès-verbal du Conseil du 26 novembre, qui est adopté après quelques modifications de détail.

A propos de ce procès-verbal *M. Touchard* demande qu'il soit ouvert un concours pour deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire et non pour un, un chef de clinique devant rester à la disposition de l'Ecole. — Adopté.

M. G. Villain lit ensuite les décisions du bureau du 7 décembre, qui sont ratifiées.

M. L. Lemerle lit une lettre par laquelle M. Viau déclare ne vouloir accepter aucun poste dans le bureau du Conseil.

M. Godon fournit des explications sur le rôle de l'infirmière attachée au service d'anesthésie et donne lecture d'une lettre de M. Camus à cet égard. Après diverses observations le bureau est chargé d'élaborer un règlement fixant les attributions de cette employée.

M. Blatter annonce que M. Loup est très gravement malade. Il a été lui rendre visite dans la journée.

M. L. Lemerle assure à ce dernier toutes les sympathies du Conseil et lui adresse des souhaits de guérison.

Il est procédé au scrutin pour la constitution du bureau.

M. Godon est élu président. Il remercie et prend place au fauteuil.

MM. L. Lemerle et d'Argent sont élus vice-présidents.

M. Blatter est élu secrétaire général.

M. G. Villain est élu secrétaire des séances.

M. Bioux est élu trésorier.

M. Pélissier est élu bibliothécaire.

M. Lemaire est élu conservateur du Musée.

MM. Lemerle, Jean, Blatter, J. d'Argent, Touchard sont nommés membres de la Commission de répartition des Commissions. Ils se retirent pour délibérer.

M. Blatter fait connaître la composition que propose la Commission.

M. Francis Jean demande que, conformément à la décision de l'assemblée du 26 octobre, le Conseil de famille ne comprenne que trois membres nommés par l'Ecole, les trois autres devant être nommés par l'Association. — (L'affaire Rouzée-Bert est renvoyée à ce Conseil de famille mixte.)

Il est décidé de supprimer la Commission de prothèse et la Commission du Dispensaire.

Il est procédé à la nomination des Commissions à main levée.

I. — *Commission d'enseignement* : MM. Touchard, L. Lemerle, J. d'Argent, Francis Jean, Touvet-Fanton, Jeay, G. Villain.

II. — *Commission scolaire* : MM. L. Lemerle, Loup, Eudlitz, G. Villain, Lemaire, Renhold, Geoffroy.

III. — *Commission des finances* : MM. J. d'Argent, Geoffroy, Desforges, Pélissier, Lemaire.

IV. — *Conseil de famille* : MM. Francis Jean, Eudlitz, Renhold.

V. — *Commission du Musée, des Archives et de la Bibliothèque* : MM. Viau, Pélissier, Sauvez, L. Lemerle, Lemaire.

VI. — *Commission des cérémonies* : MM. Bioux, Eudlitz, Renhold, Geoffroy, Lemaire.

VII. — *Commission de revision des statuts* : MM. Godon, J. d'Argent, Eudlitz, Blatter, Lemerle.

VIII. — *Délégués à la Société d'Odontologie* : MM. Bioux, Lemaire.

Il est décidé que MM. Godon, Lemerle et Blatter iront porter les médailles à M. Mesureur et lui exprimer les remerciements du Conseil.

M. Godon annonce que M. Huet, de Bruxelles, a présenté un système de classification des fiches bibliographiques, suivi à l'Institut international de Bruxelles, où il existe une section d'Odontologie. Il a proposé qu'on lui envoie les 20.000 fiches existant à l'Ecole pour les indexer suivant son procédé de classification. — Adopté avec remerciements.

Il annonce la création de services dentaires dans divers régiments ; l'allocation d'une subvention de 200 francs à l'Ecole par le Conseil général de la Seine. Il rend compte de son entrevue avec M. le professeur Bouchard et fournit quelques renseignements sur les travaux de la Commission ministérielle de réforme des études dentaires.

La Commission d'enseignement est chargée d'étudier la question du efus d'une inscription aux élèves manquant aux cliniques chirurgicales.

M. L. Lemerle est autorisé à faire établir le devis des frais de transfèrement du Musée.

M. Blatter présente des demandes d'admission dans la Société formées par MM. Cadeau, Smadja et Melle, Mlle Pascalidès, D. E. D. P., qui sont accueillies et par MM. Creuzet, Housset et Nahum, qui sont renvoyées au Conseil de famille.

Il fait part des démissions de MM. Revertegat, Huttinger, Rovida, Rolland.

Les trois premières sont accueillies ; quant à la quatrième, il sera écrit à M. Rolland.

Il signale le don par la maison White de deux volumes de Johnson (3e édition) sur l'obturation. — Des remerciements lui sont adressés.

M. G. Villain signale également le don de deux volumes par M. Isaac Davenport, auquel des remerciements sont adressés.

M. Blatter lit une lettre par laquelle M. Roy se plaint qu'une malade recommandée par lui ait été mal accueillie par un chef de clinique et lit le résultat de l'enquête commencée à cet égard.

Une Commission d'enquête est nommée. MM. Blatter, Francis Jean et G. Villain sont nommés membres de cette Commission.

M. Godon propose que le jury de prothèse reprenne ses opérations, M. Martinier ayant retiré sa démission. — *Adopté.*

Les concours décidés dans la précédente séance sont fixés à fin février.

Renvoi à la Commission d'enseignement du règlement sur les concours pour le reviser.

M. Godon dépose les rapports mensuels et annonce qu'il étudie l'organisation du contrôle de l'administration suivant le projet présenté à la Commission des finances.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général : Batter.

Châteauroux. — Imprimerie A. Mellottée.

Supplément N° 2, au journal L'ODONTOLOGIE, 15 février 1908.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

N° 2.

Nous rappelons que ce Bulletin, *destiné à remplacer l'*Annuaire, *dit brochure bleue et ajouté à* L'Odontologie *en supplément, n'est envoyé qu'aux membres du Groupement. Nous invitons donc les sociétaires à en conserver avec soin tous les numéros. Il leur suffira dans ce but de les détacher du journal et de les réunir, à la fin de l'année, en un volume.*

LA RÉDACTION.

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Par M. HENRI DREYFUS,
Rapporteur de la Commission d'enquête.

Séance du 7 janvier 1908.

Messieurs,

Vous n'ignorez pas, pour la plupart, quels graves incidents ont troublé la dernière séance de la Société d'Odontologie, soit que vous en ayiez été les témoins directs, soit que le récit vous en ait déjà été fait, car l'émotion qui en est résultée a été considérable, et a malheureusement dépassé les limites de notre Groupement.

Un de nos collègues, M. F..., en séance de Société d'Odontologie, s'est livré à des voies de fait sur la personne d'un de ses collègues, et il en est résulté une perturbation grave dans le fonctionnement de la Société : tel est, en substance, le fait qui a déterminé la réunion de la Commission dont nous avons l'honneur de vous présenter le rapport.

Nous nous excusons du développement donné à ce rapport, mais il importe qu'il fasse la lumière complète sur les faits, afin que vous puissiez, en toute connaissance de cause, en décider la sanction ; car vous n'ignorez pas que la lecture de ce document ne doit être suivie d'aucune discussion : ainsi l'ont voulu, avec une prévoyante sagesse, ceux qui ont élaboré et adopté les statuts de notre Société et qui, empêchant que des incidents douloureux puissent donner lieu à une discussion publique, soulever les esprits, déchaîner les passions, ont

ainsi sauvegardé la dignité de la Société purement scientifique que doit rester la Société d'Odontologie.

Notre rapport comprend quatre parties :

Dans une première, vous verrez comment fut engagée la procédure, dont le scrutin de tout à l'heure sera l'aboutissement ; une deuxième partie vous présentera l'exposé des faits dans leur matérialité, et vous conduira à une troisième qui vous mettra au courant de l'enquête ; enfin viendront les conclusions motivées de la Commission que nous vous demanderons de ratifier.

Messieurs,

Durant les jours qui suivirent les incidents du 3 décembre, nombreux furent les confrères qui vinrent faire leurs doléances à différents membres des Bureaux du Groupement ; l'émotion à laquelle nous avons fait allusion tout à l'heure, se traduisit notamment par les plaintes verbales ou écrites des uns, les menaces de démission des autres, le découragement de beaucoup, en présence de ces mœurs nouvelles, indignes d'une Société organisée. Tous étaient d'accord, néanmoins, pour penser que la Société d'Odontologie, dont le bon fonctionnement risquait d'être entravé, se devait à elle-même de réagir vigoureusement.

C'est donc pleinement conscients de l'état de trouble et de malaise qui se manifestait, que les Bureaux des différentes branches du Groupement se sont réunis en une assemblée plénière, le 12 décembre 1907, et que, à l'unanimité, des 12 membres présents qui étaient : MM. d'Argent, Bioux, Blatter, Dreyfus, Fouques, Francis Jean, Godon, Lalement, Lucien Lemerle, Touchard, Viau, Georges Villain, ils ont voté l'ordre du jour suivant :

« Les différents Bureaux du Groupement de l'Ecole dentaire (Commission exécutive du Conseil général du Groupement, Association générale des dentistes de France, Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, Société d'Odontologie) réunis le 12 décembre 1907, à la suite des plaintes qu'ils ont reçues de nombreux membres du Groupement, au sujet des incidents scandaleux qui se sont passés à la séance du 3 décembre de la Société d'Odontologie ;

» Considérant que les deux Sociétés du Groupement ont nettement affirmé, dans les assemblées générales extraordinaires du mois d'octobre 1907, leur volonté d'empêcher tout trouble dans les séances, en adoptant des articles de règlement édictant des mesures disciplinaires contre les fauteurs de troubles ;

» Décident de renvoyer au Bureau de la Société d'Odontologie les plaintes reçues, en vue de prendre les mesures nécessaires, conformément aux statuts de la Société d'Odontologie. »

Il est bon d'ajouter qu'à cette réunion, il fut donné connaissance

de trois lettres adressées au président de l'Association, au président de la Société de l'Ecole, au président de la Société d'Odontologie, et informant du dépôt d'une plainte collective adressée au président de la Société d'Odontologie.

A l'issue de la réunion plénière des Bureaux du Groupement, votre Bureau se réunit, et prenant en considération l'ordre du jour que nous venons de lire, décida de faire application de l'article 15 du règlement ainsi conçu :

« Art. 15. — La Société se réserve le droit de prononcer la radiation d'un membre indigne. L'exclusion est prononcée après enquête, sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq membres, dont les conclusions sont acceptées ou rejetées par un vote sans discussion et au scrutin secret. »

En conséquence, votre Bureau a nommé une commission ; il a voulu que celle-ci pût être considérée comme l'émanation même de la collectivité, il a donc choisi, pour en faire partie, le président de l'Association, le président de la Société de l'Ecole, ainsi que trois membres du Bureau que vous vous êtes librement donné tout récemment. Ont donc été désignés pour composer la Commission d'enquête : MM. Audy, Dreyfus, Francis Jean, Godon, Touchard.

Telles sont, messieurs, les différentes étapes qui nous ont conduits à l'enquête, à laquelle nous arrivons maintenant.

La Commission a tenu sa première séance le 20 décembre 1907 ; elle a nommé président, M. Touchard, et secrétaire-rapporteur, M. Dreyfus.

Elle a décidé qu'il y avait lieu de suivre la plainte constituée, d'une part, par l'ordre du jour voté par les bureaux, d'autre part, par la lettre dont nous allons donner lecture :

M. le président de la Société d'Odontologie,

« J'ai l'honneur de vous adresser copie des deux lettres suivantes :

» 1°. — Les soussignés, membres de la Société d'Odontologie, présents à la réunion du 3 décembre 1907, profondément indignés par le scandale sans précédent qui a eu lieu à cette séance, demandent au Bureau de la Société, de prendre une mesure énergique, et cela en application de l'article 15 du règlement, afin d'empêcher à tout jamais le retour de pareils faits qui sont de nature à porter le préjudice le plus considérable à la Société.

» Veuillez agréer, etc. » (Suivent quinze signatures.)

« 2°. — Les soussignés, membres de la Société d'Odontologie, non présents à la réunion du 3 décembre 1907, déclarent s'associer à la demande ci-jointe émanant de membres présents à la réunion et demandent également l'application de l'article 15 du règlement.

» Veuillez agréer, etc. (Suivent vingt-cinq signatures.)

» J'aurai l'honneur, M. le Président, de vous faire parvenir dans quelques jours, les lettres ci-contre, revêtues de leurs signatures authentiques...

» Veuillez agréer, etc...

» Signé : PAILLIOTTIN. »

Ajoutons que l'original de ces pétitions, avec les signatures authentiques, nous est parvenu, en effet, et qu'il figure au dossier sous le numéro 23.

Après avoir pris en considération la pétition qui vient d'être lue, et surtout la plainte énoncée dans l'ordre du jour voté par les Bureaux des différentes branches du Groupement, la Commission décida de faire établir par le secrétaire un exposé des événements qui sont à l'origine de cette affaire, exposé qui serait lu aux différentes personnes citées devant la Commission, MM. F..., Pailliottin, Roy, puis MM. Delair, Martinier, Mendel-Joseph, cités à la requête de M. F...

Voici cet exposé, tel qu'il figure au dossier :

« Incident F...-Roy » (Société d'Odontologie, 3 décembre 1907).

« Cet incident s'est produit au cours de la lecture de la correspondance ; celle-ci avait été exceptionnellement longue, et avait déjà donné lieu à une discussion qui s'était prolongée de telle façon qu'il y avait lieu de craindre que l'on ne pût épuiser l'ordre du jour, qui était aussi chargé qu'intéressant.

» A la suite d'une courte discussion, on venait de voter, à mains levées, la publication de deux lettres relatives à l'incident Etchepareborda-Platschick.

» Bien que le vote fût acquis, M. F... demanda la parole. C'est alors que M. Roy, s'adressant au président, dit ces mots : « Allez... Allez... » sur le ton desquels on ne pouvait se méprendre, et qui marquaient le désir que l'on passât à l'ordre du jour. M. F... protesta, disant à M. Roy qu'il n'avait pas la conduite des débats, qu'il n'était qu'un simple membre comme lui-même ; à quoi M. Roy répondit : « Je ne comprends pas ». C'est alors que M. F... l'interrompit en lui disant : « Parbleu, vous êtes bouché » ou : « il est bouché ! »

» M. Roy demanda alors l'intervention du président, qui, n'ayant pas entendu l'insulte, n'avait pu la relever, et allait donner la parole à M. Huet. L'insulte en question avait été entendue de plusieurs membres, et par la suite, M. F... ne la nia pas, ainsi qu'il résulte de la sténographie. M. Roy se rassit, et au milieu du bruit, dit à M. F... : « Vous êtes un pignouf ». Celui-ci répliqua : « Monsieur, vous aurez mes témoins demain matin ». M. Roy exprima par un geste son indifférence à cet égard, et se retourna à demi vers ses voisins de droite. Il se passa un très léger temps, puis M. F...

qui était assis à la gauche de M. Roy dont il était séparé par un collègue, fit un pas à droite, et asséna un coup de poing ou de revers de main sur la figure de M. Roy, dont le lorgnon tomba.

» M. Roy se précipita sur M. F..., mais plusieurs membres de la Société purent heureusement les séparer. »

Messieurs, la Commission a considéré que son rôle devait se limiter à la recherche de la vérité uniquement sur la matérialité des faits visés. Aussi, l'exposé que vous venez d'entendre a-t-il servi de base pour les questions posées aux témoins, et a-t-il été le sujet essentiel de leurs dépositions, dont nous allons maintenant vous entretenir :

M. F..., entendu le 23 décembre, a reconnu l'exactitude absolue de notre exposé, auquel il n'a fait que deux objections de détail, dont le secrétaire a tenu compte dans la rédaction dudit exposé.

Il a également fourni quelques explications supplémentaires que nous rapportons : Il a dit notamment qu'il n'avait jamais eu, jusqu'alors, à se reprocher aucun écart de langage ; qu'à la séance du 3 décembre, il existait chez certains membres, parmi lesquels M. Roy, un état très marqué de surexcitation. Il a dit aussi que, s'il a demandé la parole, après la clôture de la discussion, c'était pour donner au secrétaire général actuel quelques conseils justifiés par son expérience d'ancien secrétaire général. Il a rappelé en outre, qu'il y avait eu un incident très vif entre MM. Roy et Martinier.

Disons, pour être complet, que M. F... a fait d'autres déclarations, que, bien qu'elles soient étrangères aux incidents en question, notre impartialité nous fait un devoir de mentionner.

C'est ainsi qu'il s'est engagé, quelle que soit la solution à intervenir, à rester à l'écart de la politique de l'Ecole, et à ne lui nuire d'aucune façon. Mais il s'est surtout attaché à montrer que M. Roy nourrit contre lui une animosité dont il fait remonter l'origine à 1895, et qui se serait manifestée à plusieurs reprises depuis cette époque.

Or, messieurs, il est bon de faire remarquer immédiatement que si M. Roy avait donné un coup de poing à M. F..., c'est M. Roy qui aurait pu, à la rigueur, mais à tort, invoquer comme circonstance atténuante, sa vieille animosité et les douze années durant lesquelles son poing serait resté au repos. Mais il ne faut pas perdre de vue que c'est M. Roy qui a reçu et non donné le coup de poing, et que l'animosité que lui prête M. F..., ne saurait avoir eu aucune action déterminante sur le jeu des muscles de M. F...

M. Roy, entendu également le 23 décembre, a reconnu l'exactitude de l'exposé ; il a dit que ce n'est pas une gifle qu'il a reçue, mais bien un coup de poing. Il a fait prendre acte du fait que, lorsqu'il a été insulté par M. F..., il n'a pas cherché à se faire justice lui-même, mais qu'au contraire il a fait appel au président, et que c'est

*

en voyant que celui-ci ne pouvait sévir à propos d'une insulte qu'il n'avait pas entendue, qu'il a répondu à M. F...

M. Roy a insisté sur le fait que la responsabilité de l'incident ne lui incombe pas, que ce n'est pas lui qui a commencé les violences ; il a terminé en disant que ce n'est pas comme plaignant, mais comme témoin, qu'il s'est rendu devant la Commission.

M. Pailliottin s'est borné à confirmer dans ses détails le récit qui lui a été lu.

M. Martinier, entendu le 26 décembre, à la requête de M. F..., a nié, sur un point, l'exactitude de notre exposé des incidents. Pour lui, en effet, l'incident F.. -Roy n'a pas été spontané, il le mêle à l'incident que lui-même avait eu avec M. Roy au sujet du procès-verbal ; ces deux incidents que primitivement, dans sa déposition, M. Martinier avait réunis en un seul, auraient en somme, été greffés l'un sur l'autre.

Il a été alors fait remarquer à M. Martinier que l'incident auquel il a fait allusion avait été clos depuis longtemps, puisque le secrétaire général avait eu le temps de donner lecture d'une longue lettre de M. Etchepareborda, d'une lettre de M. Blétry et puisqu'une discussion s'était engagée, sans aucune passion d'ailleurs, et terminée par un vote. Tout cela avait pris un certain temps ; l'incident Martinier-Roy n'était plus en question, et, au surplus, il n'y avait eu encore aucun échange de paroles entre MM. F... et Roy.

Ce manque de corrélation entre les deux incidents résulte nettement de l'étude du compte rendu sténographique. Et quand bien même ils eussent été liés, cette corrélation n'aurait eu d'importance réelle que si M. Roy avait été l'agresseur, car elle aurait pu encore être invoquée, à tort, à notre avis, comme circonstance atténuante par ce dernier. Bien au contraire, M. F... ne saurait se prévaloir de l'incident Roy-Martinier, pour justifier ses violences de langage et de fait contre M. Roy, puisqu'il avait été étranger à cet incident, qui n'avait donc pas eu à lui faire perdre son sang-froid.

M. Mendel-Joseph a confirmé la matérialité des faits exposés dans le récit qui lui a été lu ; il a ajouté qu'il régnait dans l'assemblée un état d'énervement, auquel auraient participé MM. Roy et F..., dans le geste duquel il voit un acte qu'il compare à un réflexe qui aurait été déterminé par la réponse de M. Roy.

M. Delair, entendu le 26 décembre, a déclaré absolument exact l'exposé qui lui a été lu ; bien placé pour avoir tout vu et tout entendu, puisqu'il avait à sa gauche M. F..., et à sa droite M. Roy, il a dit que c'est pour ainsi dire les yeux dans les yeux que M. F... a dit à M. Roy : « Il ne comprend pas, il est bouché ». Il a ajouté que le geste de M. F... ne lui semble pas tenir absolument du réflexe, puisque, entre la réponse de M. Roy, et les voies de fait, il s'est

passé un certain temps, durant lequel d'autres paroles ont été prononcées, si bien que lorsque M. F... s'est levé pour marcher sur M. Roy, lui, Delair, ne prévoyait nullement ce qu'il allait advenir. Il a nettement vu M. F... frapper M. Roy, il ne s'est pas agi d'un simulacre de gifle, mais d'un vrai coup de poing; il a même perçu un craquement qui lui a fait craindre un moment une fracture des os du nez. M. Delair a absolument nié toute corrélation entre l'incident Martinier-Roy et l'incident en question.

MM. F..., Pailliottin, Roy, entendus une seconde fois, n'ont fait que confirmer leurs premières déclarations.

Messieurs, par la relation de l'enquête à laquelle s'est livrée la Commission, par le récit qui vous a été lu des incidents, vous connaissez maintenant tous les éléments de cette affaire, et êtes à même d'en juger la portée.

Pour la Commission, indépendamment de la matérialité même du fait, qui ne fait pas question, il est bien établi que la provocation est venue de M. F..., qui doit en supporter la responsabilité, avec toutes ses conséquences logiques. Car quittant le particulier, pour envisager les choses d'un point de vue plus élevé, nous sommes obligés de considérer que le geste de M. F..., dirigé contre M. Roy, a atteint la Société d'Odontologie.

Dès lors, que convient-il de faire, quelle sanction est-il nécessaire d'adopter ? C'est ce que s'est demandé votre Commission, c'est ce qui va faire l'objet de la fin de ce rapport.

Votre règlement est formel, il ne vous laisse que deux alternatives : Ou bien vous ne prenez aucune mesure contre M. F..., ou bien vous prononcez sa radiation.

— Ici, messieurs, nous ouvrons une parenthèse, car il faut bien nous entendre sur ce terme : le mot *indigne* doit être pris au sens latin absolu, *non dignus* ; il peut s'appliquer à une personnalité quelconque sans que l'honneur de celle-ci puisse pour cela être suspecté ; dans le cas présent, par exemple, si la Commission estime que le fait de se livrer à des actes violents en séance, rend celui qui les a commis, indigne de siéger dans l'assemblée, elle prétend ne pas même avoir effleuré la question d'honorabilité. Nous ne voudrions pas qu'une équivoque à ce sujet pût nous être imputée. — Donc, vous absolvez M. F..., ou vous prononcez sa radiation.

Si vous n'intervenez pas énergiquement, vous aurez créé un précédent déplorable qui compromettra l'avenir de notre Société, dont vous démentirez en même temps le passé, tout de travail et de dignité.

Si vous laissez s'accréditer le bruit que vos séances peuvent impunément être troublées par des scènes de violence, vous les verrez peu à peu désertées, et d'abord par les auteurs de communications

qui iront porter ailleurs, comme cela s'est déjà produit, leur contribution au progrès de notre science.

Si vous voulez voir se développer à vos dépens, s'enrichir de vos dépouilles d'autres sociétés déjà existantes..., ou qui cherchent à naître, vous n'avez qu'à laisser dire que la vôtre abrite le règne du biceps, le régime du coup de poing, partout méprisables, mais particulièrement odieux dans une Société scientifique.

Il ne faut pas que l'on vienne à vos réunions, qui doivent garder leur caractère scientifique, avec cette impression comme d'angoisse, qui précède les luttes à soutenir ; il faut qu'on y vienne la tête libre, l'esprit dispos, sans avoir à appréhender cette obstruction permanente, ces incidents énervants, toujours renouvelés, qui reposent sur des vétilles, mais qui suffisent à retarder la marche de nos travaux, et qui décourageraient, si l'on n'y mettait bon ordre, les plus zélés d'entre vous.

Ceux qui penseraient autrement ne verraient pas quelle atteinte ils porteraient au prestige de la Société, dans un moment, précisément où celle-ci peut être appelée à dire son mot dans la question des réformes à l'ordre du jour de la profession ; ceux-là voteraient le suicide à brève échéance de notre Société, qui pourrait alors être surnommée la Société où l'on se bat ; en même temps, ils agiraient à l'encontre de l'esprit général qui anime le Groupement, dont les deux Sociétés ont récemment affirmé leur volonté d'assurer la tranquillité et le calme dans leurs assemblées, en prenant des mesures que nous formons le vœu de voir également adopter, dans une prochaine séance, par la Société d'Odontologie.

Messieurs, il est toujours pénible pour une assemblée de prononcer la radiation d'un de ses membres, surtout quand il s'agit, comme actuellement, d'un collègue qui a joué un certain rôle dans la Société, dont il a eu la charge de faire respecter les statuts, et de la dignité de laquelle il aurait dû, par conséquent, plus que quiconque, se montrer respectueux.

Nous avions un instant caressé l'espoir qu'il nous aurait épargné la nécessité de demander cette radiation. Cette éventualité ne s'est pas réalisée. Nous le déplorons. Aussi, se basant sur les raisons exposées tout à l'heure, la Commission a décidé, à l'unanimité, de vous proposer la radiation de M. F...

En vous demandant ce vote, elle a conscience de s'être dégagée de toute préoccupation d'ordre personnel, d'agir pour le plus grand bien de la Société, d'accomplir un acte régi par le souci de l'intérêt général, de vous proposer enfin une mesure de défense, et non de vengeance, car vous devez montrer votre volonté absolue, et qui, soyez-en certains, sera comprise et respectée, de travailler dans le calme et la dignité.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé du procès-verbal de la séance du 14 janvier 1908.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à neuf heures.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Desforges, Eudlitz, Geoffroy, Francis Jean, Lemaire, Renhold, Touchard, G. Viau, G. Villain.

Excusés : MM. Blatter, L. Lemerle.

Le Conseil vote 300 francs pour la fête organisée par les étudiants de deuxième année.

M. Stévenin est nommé membre honoraire à dater du 1er janvier 1908.

Le président rend compte de la démarche faite par MM. Touchard, Francis Jean et lui, au nom du Groupement, auprès du Ministre de l'Intérieur en faveur de M. Delair et de l'accueil favorable qu'ils ont reçu du président du Conseil, grâce au bienveillant appui de M. le sénateur Strauss, qui les accompagnait.

Il prononce l'allocution suivante (V. p. 35).

Il rend compte de la visite qu'il a faite dans la journée au nouveau doyen, M. le prof. Landouzy, pour le féliciter, au nom du Conseil, l'assurer du concours de l'Ecole et l'inviter à venir la visiter, et fait part de l'impression qu'il rapporte de cette entrevue.

Il fait connaître qu'il a reçu communication du rapport du prof. Bouchard sur la réforme des études médicales : ce document ne s'occupe, du reste, comme le rapport Tissier adressé à la Commission officielle de réforme, des études des chirurgiens-dentistes ni de l'art dentaire proprement dit et ne consacrent qu'une place très restreinte à l'enseignement des notions de stomatologie aux médecins.

M. G. Villain fait remarquer que le rapport du prof. Bouchard dit, comme on l'a vu dans *L'Odontologie*, que dans les Ecoles dentaires les élèves-médecins ne sont pas traités comme ils devraient l'être.

Le Conseil proteste unanimement contre cette allégation.

M. Bioux donne lecture : 1° d'un rapport sur la création d'un service de contrôle et d'inspection des services administratifs ; 2° d'une lettre de M. Blatter appuyant cette création.

Le président expose la nécessité du contrôle des états mensuels qui lui sont fournis par les divers services et demande l'autorisation de charger un employé spécial, pris en dehors de l'Ecole, de cette opération. Il ajoute que, par suite des votes émis dans les assemblées générales, les services administratifs de l'Ecole servent à tout le Groupement.

Il donne connaissance d'un premier rapport de la personne qu'il se propose de prendre pour contrôleur. Ce rapport porte sur les états mensuels d'octobre et de novembre.

Après un échange d'observations, la création est décidée et le crédit nécessaire est voté.

Le président donne lecture d'une proposition de M. Lemaire tendant

à nommer M. L. Lemerle conservateur honoraire du Musée, en lui adressant des remercîments et en lui exprimant la reconnaissance du Conseil. — *Adopté.*

Il fait part de la création d'un service d'inspection dentaire à l'école d'infirmières de la Salpêtrière, les malades venant se faire traiter à l'Ecole dentaire et communique la lettre écrite par l'Assistance publique à ce sujet.

Le Conseil remercie l'Assistance publique de la confiance qu'elle lui a témoigné en lui confiant le service dentaire de l'école d'infirmières de la Salpêtrière.

Le président communique une lettre par laquelle M. Dreyfus l'informe que M. F... a été radié de la Société d'Odontologie et par suite, de la Société de l'Ecole et transmet le dossier y relatif.

Il est pris acte de cette radiation et le Bureau est chargé d'examiner, d'accord avec les autres Bureaux, la répercussion de cette radiation sur les autres branches du Groupement.

M. Touchard donne lecture du rapport de la Commission d'enseignement concluant, sur la proposition du jury de concours, à la nomination de M. G. Villain comme professeur suppléant de prothèse, rapport auquel il ajoute des félicitations pour les notes obtenues. — *Adopté.*

Il est décidé que les concours fixés fin février commenceront le dimanche 23 février.

Le président fait part d'un projet destiné à commémorer la mémoire du professeur Miller et invite l'Ecole, la Société d'Odontologie, l'Association et la F. D. N. à s'y associer.

Le Conseil décide que l'Ecole appuiera le projet de souscription en indiquant ses préférences pour un prix ou une médaille. Le montant de la souscription sera fixé à la prochaine séance.

Le Conseil décide de rétablir dans le règlement de l'Ecole l'article 6 qui existait dans les programmes antérieurs touchant les élèves-docteurs en médecine. — *Adopté.*

Le président donne lecture d'un projet de règlement sur le service des archives, qui est approuvé.

Il communique une lettre de M. Prost-Maréchal proposant de charger une Commission, d indiquer la composition du cabinet dentaire idéal en 1908 et de fixer le devis des dépenses en résultant, le résultat de ses travaux devant être publié. — *Adopté.*

MM. Eudlitz, Renhold, Geoffroy, G. Villain et Lemaire sont nommés membres de cette Commission.

Le président annonce la mort de M. Roussel père. Des condoléances sont adressées à M. G. Roussel et à sa famille.

Il annonce le mariage de Mlle Francis Jean, à la famille de laquelle des félicitations sont exprimées.

Le trésorier propose d'employer 3.156 fr. 90 provenant du fonds de réserve statutaire et 2.052 francs provenant du fonds de prévoyance à l'achat de rente 3 0/0 et 20.000 francs provenant du fonds d'amortissement de l'installation à l'achat d'obligations de la Ville de Paris. — *Adopté.*

M. G. Villain présente un projet de règlement sur la présence des

élèves au service de prothèse au laboratoire, qui est adopté ; la Commission scolaire sera juge des dispenses à accorder.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire-adjoint : G. Villain.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Prononcée à la séance du Conseil du 14 *janvier* 1908.

Mes chers collègues,

Depuis ces dernières années, nous avons réussi à faire nommer notre Bureau dans le mois de décembre, le mardi qui suit l'assemblée générale, de sorte que l'administration de l'Ecole se trouve ainsi reconstituée pour la nouvelle année.

Je retrouve aujourd'hui à ce nouveau Bureau à peu près les mêmes dévoués collaborateurs que l'année dernière : L. Lemerle, d'Argent, Blatter, Bioux, G. Villain, Pélissier, avec lesquels le travail est facilité par une mutuelle sympathie.

Je vous remercie pour eux et pour moi de la nouvelle marque de confiance que vous nous avez donnée.

Seul, notre vieux camarade des premières années de la fondation, notre ami G. Viau, a demandé à être remplacé au poste de conservateur du Musée, mais il n'en reste pas moins dévoué à la Société, comme membre du Conseil, et nous continuerons à compter sur son précieux concours.

Vous avez confié la garde de notre Musée à M. Lemaire, qui avec M. Geoffroy appartient au groupe des jeunes et nouveaux collègues dont nous saluons avec plaisir l'entrée dans le Conseil, pleins d'espoir dans leur dévouement et dans leur collaboration.

Depuis que j'ai repris la direction complète de cette Ecole, des services intérieurs comme des services extérieurs, je me suis rendu compte que la plupart de nos difficultés étaient dues au fonctionnement insuffisant de nos services administratifs. Je me suis imposé comme première tâche de réorganiser l'administration de telle sorte que les différents rouages de nos divers services fonctionnent d'une manière à peu près automatique à l'aide d'employés, administrateurs de profession, et que les dentistes nos confrères qui veulent bien accepter des fonctions administratives dans notre Groupement, puissent le faire sans être obligés de sacrifier un temps trop considérable qu'ils seraient obligés de prendre sur celui qu'ils doivent à leurs affaires professionnelles ou aux devoirs de la famille.

Il faut que tout le travail matériel soit fait par les employés de l'administration et que le rôle du dentiste fonctionnaire de la Société

soit réduit au strict minimum, la surveillance, le contrôle, afin que chacun de nous puisse être facilement remplacé dans ses fonctions sans que cela apporte aucun trouble à la marche de la Société.

L'union intime des diverses branches de notre Groupement qui a été enfin réalisée cette année, m'a permis de créer une unité administrative qui est la première phase de la réforme intérieure que je vous signale.

L'administration de l'Ecole qui est devenue en même temps celle du Groupement et de ses annexes est tout entière placée sous la direction et la responsabilité d'un seul fonctionnaire : le chef du secrétariat, qui est lui-même sous la direction du président-directeur de l'Ecole et de son collaborateur immédiat : le secrétaire général.

Des rapports journaliers, des états mensuels nous permettent de suivre le fonctionnement régulier des divers services au fur et à mesure. Le rapport général mensuel les résume.

Le service de contrôle et d'inspection que, d'accord avec le Bureau, nous vous proposons de créer, assurera le contrôle de ces différents rapports et maintiendra dans tous ces services l'ordre, la méthode et la régularité que nous y avons établis, en même temps que l'observance de nos statuts et règlements.

Cette unité et ce contrôle administratifs assurés, je vous proposerai d'appliquer tous nos soins à réaliser également l'unité d'enseignement afin de perfectionner nos procédés d'éducation dentaire de telle sorte que notre Ecole, qui est le but principal de notre Groupement, occupe la première place parmi les institutions similaires non seulement de France mais aussi de l'étranger.

Nous devons d'autant plus faire de notre Ecole et de notre Dispensaire des institutions modèles échappant à toute critique, que nous continuons à avoir des adversaires nombreux, les stomatologistes, que certaines circonstances peuvent en ce moment paraître favoriser et qui essayeront de tirer avantage contre nous du moindre défaut dans notre fonctionnement. Mais nous continuons aussi à avoir des amis puissants qui ne demandent qu'à nous défendre ; pour cela il faut veiller avec un soin jaloux au maintien non seulement de l'ordre, sans lequel aucune société ne peut vivre, mais encore de la bonne entente, de la bonne harmonie parmi nous.

Nous sommes unis pour faire à l'Ecole de l'enseignement des futurs dentistes, au Dispensaire, du traitement des malades pauvres, à la Société d'Odontologie, de l'enseignement mutuel, pour tous et à l'Association générale de la solidarité et de la fraternité dentaires. Limitons-nous à ce programme que résume notre devise : *Union, Progrès.*

Supplément N° 3 au journal L'ODONTOLOGIE, 29 février 1908.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

N° 3.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale annuelle du 19 janvier 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2 du matin.
Cent membres sont présents.

ORDRE DU JOUR :

1° Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 20 janvier 1907 ;
2° Correspondance ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Rapport de l'administrateur-gérant du journal ;
6° Rapport de la Commission du Conseil de famille ;
7° Election de seize membres du Conseil en remplacement des membres ci-dessous dont le mandat est expiré ;
8° Propositions diverses.

Le président dit que, le procès-verbal de l'assemblée du 20 janvier étant publié dans l'*Annuaire* de 1907, la lecture n'en est pas nécessaire et que, si personne n'a d'observations à présenter, il va le mettre aux voix.

Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Le secrétaire général M. Fouques dit qu'il n'y a pas de correspondance. Il donne lecture de son rapport.

Un membre demande si les candidats admis dans la Société sont avisés de leur admission. Deux candidats, MM. Bertrand et Cramer, sont en effet en instance, le premier depuis mars, le second depuis le 15 novembre.

Le président répond affirmativement sur le premier point, mais ajoute qu'une enquête a lieu sur ces candidats.

Le trésorier, M. Viau, donne lecture de son rapport.

L'administrateur-gérant de *L'Odontologie, M. Blatter*, donne lecture de son rapport.

Le président dit que par erreur l'ordre du jour mentionne le rapport du Conseil de famille. Ce rapport, qui a trait à la radiation de M. Bert, a été inséré dans celui du secrétaire général, qui vient d'être lu et qui est soumis à l'adoption de l'assemblée.

Il ajoute : « Il est 10 heures ; conformément à l'indication portée sur la convocation, nous allons procéder à l'élection des seize membres sortants rééligibles, qui sont : Paris : MM. J. d'Argent, Delair, Fouques, Hugot, Francis Jean, Jeay, Lalement, Loup ; Province : MM. Brodhurst, Duncombe, Duplan, Dyssli, Joly, Rigolet, Thuillier, Vichot (Angers).

J'ai reçu, suivant le règlement du vote par correspondance, 148 bulletins de vote valables, plus un ne portant pas de nom. Nous allons appeler les noms figurant sur les enveloppes en les pointant sur la liste, puis nous nommerons des scrutateurs auxquels nous remettrons les bulletins et qui procéderont au dépouillement. Pendant le dépouillement on discutera les rapports. — *Adopté*.

Je vous propose de désigner pour scrutateurs MM. Lalement (Paris), comme président, G. Villain, Cernéa, Bacri, André, Lemaire. — *Adopté*.

Il y est ajouté MM. Morche, Thomas, Cramer, Maurou, de Flaugergues.

Le président signale une erreur typographique dans les bulletins de vote : Brodhuret (Morbihan), au lieu de M. Brodhurst (Montluçon). Il est procédé au scrutin.

L'opération terminée, les scrutateurs se retirent dans une salle voisine pour procéder au dépouillement et la discussion est reprise.

M. Rigolet demande pourquoi les comptes de 1906 ne sont pas approuvés.

Le président répond qu'ils figurent dans le rapport de M. Blatter.

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

M. Rigolet ajoute : « Avec félicitations, parce qu'ils sont plus exacts que les précédents. »

Le président propose des félicitations pour M. Blatter, qui s'est admirablement acquitté de sa tâche. — *Adopté*.

M. Rigolet ne voit pas dans le compte de l'Association la mention des sommes prêtées.

Le trésorier répond que ce compte ne donne pas le détail de l'actif, mais son ensemble.

M. Rigolet réplique que l'intérêt des sommes prêtées doit y figurer.

Le trésorier dit que, en fonction depuis un an, il n'a pas reçu d'intérêt cette année ; il a simplement reçu les sommes remises par son prédécesseur. Le nouveau Conseil va examiner ce qu'il y a lieu de faire au sujet de ce prêt.

M. Rigolet. — Un prêt important a été fait le 14 janvier 1905 ; il est remboursable fin janvier courant ; les intérêts doivent en être mentionnés. Antérieurement il figurait dans le compte par ses intérêts s'élevant à 76 francs ; il devrait encore y figurer pour mémoire. On devrait aussi faire figurer le détail de l'actif dans le bilan, comme cela se fait dans beaucoup de Sociétés.

Le trésorier déclare ignorer les conditions dans lesquelles le prêt a été fait; car c'est à une date antérieure à son entrée en fonctions ; il ne lui a pas été remis d'intérêts.

M. Rigolet prie le président de consulter l'assemblée à cet égard.

Le président répond que le Conseil de direction a décidé, la veille, de charger le Bureau de régler cette question de prêt en prenant toutes les garanties possibles.

Le trésorier ajoute qu'il a fait des recherches avant la séance et a constaté que l'Association n'a prêté que 1.000 francs, les 2.000 autres francs ayant été avancés par l'Ecole à l'Association.

Le président met aux voix la décision du Conseil relative au prêt, qui est adoptée.

Le rapport du trésorier est mis aux voix et adopté.

Le président propose des félicitations pour le trésorier.

M. Hugot trouve qu'elles sont hors de propos.

M. Godon déclare appuyer les félicitations.

Les félicitations sont mises aux voix et votées (4 voix à la contre-épreuve).

Le rapport du secrétaire général est mis aux voix et adopté.

Le président propose des félicitations pour le secrétaire général. Ces félicitations sont mises aux voix et adoptées (2 voix à la contre-épreuve).

Le président. – Quelqu'un a-t-il des propositions à formuler?

M. Rigolet. — J'ai écrit hier pour demander :

1° La mise à l'ordre du jour de l'assemblée d'aujourd'hui de la question des mécaniciens-dentistes ;

2° Le relevé de la présence des membres du Conseil de province pour leur appliquer la décision relative au remboursement du quart de place. Nous avions en effet, l'intention, nous autres qui habitons relativement près de Paris, d'abandonner notre quote-part pour grossir l'indemnité des conseillers qui habitent loin.

L'an dernier on a conservé les lettres contenant les bulletins de vote au bureau de poste, sur notre demande ; pourquoi ne l'a-t-on pas fait cette année ?

Le président répond que la poste a refusé.

Le secrétaire général donne lecture d'un rapport du chef du secrétariat confirmant ce refus.

M. Rigolet demande qu'on revienne en 1909 au procédé suivi en 1907.

Le secrétaire général répond que le Bureau fera le nécessaire.

Le président ajoute que la prochaine fois on demandera, conformément à la décision du Conseil, que les votants signent leurs enveloppes.

La séance est suspendue à 11 h. 1/2 en attendant le résultat du scrutin.

A midi, le dépouillement n'étant pas assez avancé *M. Eustache* propose que le résultat soit affiché dans le Bureau de l'appariteur, afin que les membres puissent en prendre connaissance.

Le président met aux voix la proposition, qui est adoptée.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Ont obtenu :

MM. Thuillier	230	voix	MM. Joly	121	voix
Delair	216	—	Hugot	118	—
Loup	207	—	Devoucoux	109	—
Fléty	179	—	Bouvet	108	—
Francis Jean	162	—	Drain	106	—
J. d'Argent	156	—	Monin	106	—
Lalement	156	—	Pailliottin	101	—
Duncombe	152	—	Lannois	83	—
Brodhurst	152	—	De Croës	81	—
G. Fouques	151	—	Schuller	78	—
Jeay	151	—	Cramer	77	—
Rigolet	131	—	Moutin	73	—
Dyssli	125	—	Bonnaric	71	—
Duplan	125	—	Rollin	10	—
Vichot	125	—			

En conséquence sont élus membres du Conseil de direction pour 2 ans :

Paris.	*Province.*
MM. Delair.	MM. Thuillier (Rouen).
Loup.	Fléty (Dijon).
Francis Jean.	Duncombe (Lisieux).
J. d'Argent.	Brodhurst (Montluçon).
Lalement.	Rigolet (Auxerre).
G. Fouques.	Dyssli (Evreux).
Jeay.	Duplan (La Rochelle).
Hugot.	Vichot (Angers).

RAPPORT DE M. G. FOUQUES

Secrétaire général.

Présenté à l'assemblée générale du 19 *janvier* 1908.

Messieurs et chers confrères,

La tâche de vous présenter le rapport annuel m'incombe aujourd'hui. J'espère que vous voudrez bien accueillir ce travail avec la même bienveillance qui vous a fait me confier les fonctions de secrétaire général. Vous montrer dans un bref raccourci nos travaux de l'année, en faire ressortir la direction et l'esprit, indiquer la besogne encore à faire, m'ont paru les raisons d'être de ce rapport, bilan moral de notre Association.

Permettez-moi tout d'abord de vous présenter les données statistiques concernant le mouvement des membres de la Société.

ADHÉSIONS. — Les adhésions ont été nombreuses cette année: cinquante-deux de Paris, dix-huit de province, six de l'étranger.

La liste en paraîtra dans un prochain numéro de *L'Odontologie*, et de tous ces membres, l'assemblée générale voudra bien confirmer l'admission.

DÉCÈS. — La mort a fait disparaître de nos rangs: MM. Aubeau, Louis Sénéchal, Dubois, Benoît Audy, Jules Sautier, Liébault, Louis Athénas, Dehogues, Davenport fils. Notre confrère, M. Jules d'Argent, vice-président de notre Association, a été deux fois frappé dans ses affections par la mort de ses proches, MM. Nestor d'Argent et Eland.

Nous renouvelons ici les regrets exprimés à l'heure douloureuse de leur disparition, et nos respectueuses sympathies à leur famille.

DÉMISSIONS. — Nous avons à enregistrer six démissions, celles de MM. Dalban (Grenoble), Barbacci, Duvivier, Favre, Huttinger et Revertégat.

RADIATION. — Nous avons aussi le grand regret de signaler une radiation prononcée par le Conseil : c'est celle de M. Bert, qui solutionne une plainte, déposée il y a trois ans, par M. Rouzée. En même temps que cette plainte, une action judiciaire était intentée : afin de ne permettre à aucune des parties en cause de se prévaloir de notre décision, l'Association avait décidé d'attendre la sentence des Juges.

Le procès est terminé ; et le Conseil, adoptant les conclusions du rapport du Conseil de famille, a décidé que M. Bert ne pouvait pas rester parmi nous.

Je suis tout heureux de pouvoir immédiatement écrire quelques lignes plus agréables, en rappelant les distinctions par lesquelles notre Association fut honorée en quelques-uns de ses membres. Nous nous sommes tous réjouis de la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre sympathique confrère M. Heïdé, et nous applaudissons à nouveau aux décorations suivantes:

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Barrié et Levadour.

Officiers d'Académie. — MM. Jeay et Lalement, membres du Conseil d'administration ; MM. Paulme, Cernéa, Dehogues, Pélissier, Fabret, R. Fouques, Fréson, Bassot, Cyboulle, Buscail, Mlle Maurel, membres de l'Association.

Notre excellent confrère M. Choquet a obtenu de la Société d'Anthropologie (concours pour le prix Broca) une mention honorable et une somme de trois cents francs pour son étude *Des dents humaines dans les différentes races*.

En résumé, en 1907, l'Association comptait 1.022 membres, dont

311 pupilles; en 1908, elle compte 1.140 membres, dont 325 pupilles.

J'ajoute, pour clore cette statistique, que cette année le bureau s'est réuni de nombreuses fois, le Conseil d'administration a tenu quatre séances, et deux assemblées extraordinaires ont eu lieu.

Et maintenant, passons au travail accompli.

Deux œuvres ont à elles seules occupé presque toute notre activité : elles constitueront la note caractéristique de l'année 1907 dans l'histoire de notre Association.

Ce sont : 1° l'union intime de l'Association et de la Société de l'Ecole ; 2° la reconstitution de la Chambre syndicale.

L'UNION INTIME.— « Tous nos efforts, disait notre sympathique président, M. Francis Jean, tendront à faire l'apaisement et à établir la bonne entente dans nos différents groupements professionnels. » Ce programme est réalisé. Deux assemblées générales y ont été consacrées.

La première, celle du 20 avril, avait accepté les principes généraux et constitué une Commission des statuts.

Cette Commission élaborait le rapport que M. Francis Jean présentait à la deuxième assemblée générale, le 26 octobre. Cette assemblée acceptait la revision proposée, confirmait le Groupement professionnel, et rendait possibles pour l'avenir, entre l'Association générale et la Société de l'Ecole, une harmonie et une unité d'action qu'on avait jusque-là difficilement obtenues.

Tous ceux qui savent combien l'union favorise le progrès s'en réjouiront avec nous, et s'en réjouiraient davantage, si les esprits pouvaient s'harmoniser aussi bien que les règlements.

Un point particulièrement intéressant dans ces modifications, doit être signalé : celui qui permet aux membres de province d'être, comme ceux de Paris, membres à la fois de la Société de l'Ecole et de l'Association.

Dorénavant, la province aura, dans notre Groupement tout entier, les mêmes droits que Paris. Cependant, cette modification ne sera définitive que lorsque le Conseil d'Etat aura statué sur la question ; les statuts de la Société de l'Ecole, reconnue d'utilité publique, ne peuvent être, en effet, modifiés que par cette juridiction.

CHAMBRE SYNDICALE. — La réorganisation de la Chambre syndicale fut la seconde question importante qui retint notre attention.

Une Association comme la nôtre, qui a la mission de défendre les intérêts de la profession, doit avoir une Chambre syndicale bien constituée et surtout agissante. La chose ne va pas sans difficultés, puisque, organisée autrefois, elle était vite tombée dans l'inaction et l'oubli.

Grâce à l'activité de son Bureau, et particulièrement de son président, M. Blatter, et de son secrétaire, M. Lalement, notre nouvelle Chambre syndicale est sur pieds et manifeste son existence.

Elle a constitué son Conseil judiciaire, lancé une circulaire aux juges de paix, une circulaire à tous les dentistes, préparé la création de Comités régionaux. Elle espère arriver à secouer l'indifférence d'un grand nombre de confrères, grave obstacle à l'extension de son influence. Elle compte ne pas trouver cette indifférence parmi les membres de l'Association.

C'est de leur concours personnel qu'elle attend la réalisation de son programme d'action et de défense pour la sauvegarde des intérêts matériels de notre profession.

Réforme des études. — Cette question importante, qui intéresse notre profession à un si haut point, s'était trouvée de nouveau posée par le rapport présenté par le professeur Lannelongue, au nom de la Commission de médecine et de pharmacie. Elle allait aboutir, quand la nomination d'une grande Commission des réformes médicales remit tout en question.

Aussitôt, la Société de l'Ecole et l'Association décidèrent d'engager une action énergique.

Vous avez encore présent à l'esprit le rapport présenté par MM. Roy et Villain à la dernière assemblée générale, au nom de « la Commission des réformes des études dentaires » et de « l'orientation professionnelle », rapport dont vous avez approuvé les conclusions.

Ce travail important, qui résume nos desiderata et précise notre doctrine odontologique, a été rendu possible par la bonne entente de l'Ecole et de l'Association.

C'est de bonne augure pour l'avenir.

Services dentaires dans l'armée. — En même temps, une décision de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, touchant la création d'un service dentaire dans l'armée, nous faisait rappeler nos vœux maintes fois exprimés à ce sujet et le rôle qu'y devaient jouer les chirurgiens-dentistes.

Congrès. — Notre Association n'a pas manqué non plus cette année de participer aux Congrès, dont la profession tire toujours quelque profit intellectuel et moral.

A Bordeaux, elle a trouvé un Congrès intéressant et un accueil très cordial. La fraternité du travail en commun prépare, nous l'espérons, l'apaisement nécessaire.

Le Congrès de Reims, dont vous savez le succès, fut en grande partie notre œuvre ; et nous ne ferons que redire ce qui fut dit par tous, en affirmant que l'admirable activité et la sympathique bonhomie de notre président, M. Francis Jean, furent les causes de ce succès.

Protestation. Congrès de Budapest. — L'organisation du Congrès médical de Budapest en 1909 attira notre attention. En effet, une section de Stomatologie y était créée, et les chirurgiens-dentistes en étaient exclus.

Nous avons élevé contre cet ostracisme nos énergiques protestations.

Election au Conseil de la Mutualite. — L'Association a été appelée à participer à l'élection d'un membre au Conseil supérieur de la Mutualité. A cette fin, sept délégués ont été nommés par votre Conseil d'administration, et nous avons eu la satisfaction de voir élire M. Gayral, favorable à nos idées.

Dents minérales. — Elle a également participé aux travaux de la Commission chargée d'étudier la question des dents minérales.

Telles sont les principales manifestations de notre activité.

Je dois, en terminant, dire un mot de deux propositions faites dans les assemblées générales précédentes, et sur lesquelles notre Conseil a statué.

La première est celle de M. Loup, concernant la question des mécaniciens-dentistes de l'Association. Déjà formulée à l'assemblée générale du 20 avril, elle fût de nouveau agitée à celle du 26 octobre. Elle aboutit à un ordre du jour, qui chargeait le Bureau d'examiner cette question.

Après étude et délibérations, le Conseil a décidé qu'elle ne pouvait pas figurer à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui.

Les statuts de l'Ecole, en effet, donnent aux mécaniciens-dentistes le droit de faire partie de la Société de l'Ecole. Vous avez décidé d'harmoniser les statuts des deux sociétés ; il faut donc qu'ils puissent faire partie de l'Association. De plus, les mécaniciens-dentistes sont en fort petit nombre dans notre Groupement et la plupart sont élèves des écoles et seront à brève échéance nos confrères. Enfin, et pour ne pas amener l'amoindrissement de notre Société qui se verrait, par ce fait, obligée de refuser en son sein les fournisseurs et d'autres peut-être, enfin, dis-je, l'Association, établie sur des bases de libéralisme et de fraternité ne peut pas aujourd'hui fermer ses portes à ceux que nous avons toujours reconnus comme nos collaborateurs utiles et les plus immédiats.

Le seconde proposition, de M. Martinier, formule le désir, souvent manifesté, que les candidatures soient discutées avant les votes.

Le Bureau a pensé que cette discussion des candidatures est inadmissible, à cause de la perte de temps qu'elle occasionnerait. De plus, elle donnerait l'occasion et même le prétexte à des violences de tout genre, étant donné l'état général des esprits dans les assemblées ; enfin le vote par correspondance s'y oppose, car les votes envoyés ne pourraient pas être influencés par une discussion des candidatures en cours de séance.

Je n'ai rien dit du journal *L'Odontologie*, parce que M. Blatter va vous dire sa situation.

Je salue avec regret la disparition de « notre Société de pré-

voyance et d'assurance en cas de décès », qui, fondée en 1897, n'a jamais pu fonctionner.

Je manquerais à mon devoir, et je me priverais d'un grand plaisir, si je ne vous disais que c'est à notre président, M. Francis Jean, que nous devons ce renouveau d'activité et d'union.

C'est à l'autorité que lui donnent ses longs et dévoués services rendus à notre profession, c'est à sa bienveillance qui conquiert tous les suffrages, que nous devons le nouveau souffle de cordialité qui passe sur notre Association.

Vous connaissez maintenant le bilan de cette année 1907 ; nous pensons avoir travaillé à réaliser le but de notre Association :

« L'établissement des liens de confraternité entre tous les membres et la défense de leurs intérêts professionnels. »

Nous avons fait sortir de sa torpeur notre Chambre syndicale. Rajeunie et bien vivante, elle ne demande qu'à agir : utilisez-la et faites-la connaître davantage.

Nous avons, par une entente commune avec la Société de l'École, préparé les cadres de l'union la plus intime possible entre les deux sociétés. La communauté de règlements ne crée pas la fraternité, nous le savons ; mais elle peut en aider le développement, et cela, nous l'espérons.

Nous l'espérons pour notre Association dont l'activité ne fut vraiment féconde qu'aux heures d'entente fraternelle.

Nous l'espérons pour notre profession dont les discordes amoindrissent la dignité, alors que nos adversaires épient toutes nos faiblesses pour en triompher.

Si un idéal commun et une communauté d'intérêts n'ont pas créé tout à fait l'union entre nous, que la pensée de ces adversaires, les seuls réels, les *Stomatologistes*, dont les progrès sont évidents, dont l'organisation se fait plus forte chaque jour, dont l'influence enfin est indiscutable, nous réunisse tous pour la défense des doctrines. des intérêts et de la science odontologique !

RAPPORT DE M. VIAU

Trésorier.

Présenté à l'assemblée générale du 19 *janvier* 1908.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous soumettre la situation financière des Caisses de l'Association et de Prévoyance pour l'exercice 1907 dont un exemplaire vous a été remis au début de cette séance.

La Caisse de l'Association s'élevait au 1er janvier 1907, à 6.286 fr. 89, mais cette situation était factice, disait M. Debray dans son rapport

l'année dernière (page 122), le journal *L'Odontologie* n'ayant pas encore présenté sa quittance du deuxième semestre 1906, qui s'élevait à 1.805 fr. 95, ce qui réduisait l'encaisse réelle à 4.480 fr. 94.

Pour cette même année 1906, le boni du journal en faveur de l'Association, s'est élevé à 332 fr. 40 ; nous sommes persuadé que ce boni augmentera chaque année, vu la contribution de 50 o/o sur ses cotisations consentie cette année par l'Ecole, ou l'extension et le développement que prend tous les jours notre organe et grâce au zèle et au dévouement de ses différents collaborateurs.

Les dépenses de l'Association se sont aussi élevées à 7.974 francs et l'encaisse au 31 décembre 1907 est de 4.407 fr. 85, à laquelle il manque les bénéfices de *L'Odontologie* pour 1907, qui ne pourront être connus exactement que dans le courant de 1908.

Je vous ferai aussi remarquer que, par suite d'une mauvaise interprétation, l'attribution des 30 o/o et 20 o/o qui devaient revenir à la Caisse de Prévoyance et à la Caisse de l'Ecole n'était pas basée sur l'encaisse totale des cotisations, ainsi que l'exigeaient les statuts, mais sur la somme restante de l'attribution faite au journal *L'Odontologie,* soit 5 francs par membre, plus celle attribuée en faveur des pupilles de l'Ecole.

Aujourd'hui, grâce à l'amendement Sauvez, mis aux voix et adopté à la séance de l'après-midi du 20 janvier dernier, cette répartition est fixée de la façon suivante :

1° 50 o/o pour le journal *L'Odontologie* ;

2° 25 o/o pour la Caisse de Prévoyance ;

3° 15 o/o pour la Caisse de l'Ecole ;

4° 10 o/o pour la Caisse de l'Association, prélevées sur la totalité des sommes encaissées.

Vous pouvez donc être persuadés que nous porterons toute notre attention à ce que cette répartition statutaire soit faite toujours régulièrement chaque année.

D'un autre côté, la Caisse de Prévoyance est en augmentation cette année, malgré les prêts et secours que nous avons distribués pour venir en aide à des confrères malheureux.

La Caisse, qui s'élevait à 18.991 fr. 23 le 1er janvier 1907, se monte aujourd'hui à 20.310 fr. 54, soit une augmentation de 1.319 fr. 31.

En somme notre situation est toujours florissante, nos deux Caisses forment ensemble une somme de 24.718 fr. 39.

Je viens donc vous prier, messieurs et chers confrères, de bien vouloir approuver les comptes de l'année 1907 que j'ai l'honneur de vous présenter et de déposer sur le Bureau, sous réserve des rectifications qui pourront y être faites, après qu'aura été opéré le contrôle des comptes par le service spécial de la comptabilité.

Conformément à la décision du Conseil d'administration de l'A. G. D. F. en date du 18 janvier 1908, nous publions ci-après la liste des membres de l'Association qui ont voté par correspondance au scrutin de l'assemblée générale ordinaire du 19 janvier dernier pour le renouvellement partiel du Conseil.

Paris.

MM. Amoëdo.
Ash-Percy.
Bassot, fils.
Beaudelot.
Beaussillon.
Bercut.
Bertrand.
Billet.
Bocquillon.
Borcier.
Bruel.
Chaussebourg.
Choquet, fils.
Collard.
Dehogues.
De Laloge.
Delattre.
Demeulle.
Deninger.
Despret.
Devoucoux.
Dugit.
Dupontrué.
Eudlitz.
Ferrand.
Fouques R.
Frenkel.
Freson.
Mlle Frey, Alice.
M. Gatineau.

MM. Granger.
Hachet.
Hellion.
Houdoux.
Katz.
Keall.
Knodler.
Kritchewsky.
Ladoux.
Lannois.
Launay Paul.
Léger.
Lemaire.
Lemerle G.
Lepelletier.
Letierce.
Levêque.
Levett.
Loriot.
Magub.
Mahé.
Maire.
Martinier G.
Martinier P.
Mary.
Masson.
Meunier.
Meyenrock.
Morche.
Moutin.

MM. Papot.
Paulme.
Pernet.
Pinet.
Ragageot.
Rebel.
Renhold M.
Ricou.
Robin G.
Rollin.
Ronnet .
Ronnet Alfred.
Rozenbaum.
Saguet.
Sauvez, fils.
Schleier.
Serres.
Tacail.
Teisset.
Touchard.
Vanel.
Viau G.

MM.
Cecconi, Pontoise.
Debray, St-Germain.
Lemaire, Eau-Bonne.
Logan, Versailles.

Province.

MM. Aillerie.
Audouard.
Audy F.
Audy A.
Bailly.
Mlle Bennejean.

MM. Beumant.
Boëjat.
Bohl.
Bouvet.
Briola.
Camus.

MM. Cardon.
Caron.
Cavalié.
Cavry.
Charnot.
Chateau.

MM. Chibret.
Chomont.
Collière.
Daclin.
Dehilotte.
Douzillé.
Duncombe.
Dutourd.
Dyssli.
Fontenelle.
Fournier.
Gadeau.
Gauran.
Gauthé.
Giroux.

MM. Godin.
Gravière.
Guérin.
Guillot.
Hamonet.
Isnard.
Izambart.
Jollibois.
Joly.
Keall.
Lalement, père.
Leduc.
Levêque.
Maurion.
May.

MM. Meifren.
Perrier.
Pont.
Pothier.
Rat.
Rigolet.
Rousseaux.
Schwartz G.
Sénécal.
Thuillier.
Tomine.
Tournier.
Vicat.
Weisskopf.

Nous avons à signaler en outre :

1 enveloppe portant le timbre de la poste de Nantes et n'indiquant pas le nom du votant.

2 enveloppes signées : Duvivier Jules et Duvivier Marguerite, arrivées après le vote.

Nous regrettons que le nombre des votants par correspondance soit aussi peu élevé par rapport au nombre des sociétaires de l'A. G. D. F. et nous espérons un mouvement plus important pour les élections de 1909.

Le président du scrutin,
G. LALEMENT.

Le secrétaire général,
G. FOUQUES.

Supplément N° 4 au journal L'ODONTOLOGIE, 31 mars 1908.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

N° 4.

Nous rappelons que ce Bulletin, *destiné à remplacer l'*Annuaire, *dit brochure bleue, et ajouté à* L'Odontologie *en supplément, n'est envoyé qu'aux membres du Groupement. Nous invitons donc les Sociétaires à en conserver avec soin tous les numéros. Il leur suffira dans ce but de les détacher du journal et de les réunir à la fin de l'année en un volume.*

LA RÉDACTION.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 18 janvier 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Blatter, d'Argent, Delair, Duplan (La Rochelle), Fouques, Godon, Hugot, Lalement (Paris), L. Lemerle, Richer (Vernon), Roy (Paris), Thuillier (Rouen), G. Viau, Vichot (Angers).

Excusés : MM. Debray, Joly (Calais).

ORDRE DU JOUR :

1° Correspondance ;
2° Adoption du procès-verbal de la séance du 27 octobre 1907 ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Rapport de l'administrateur-gérant du journal ;
6° Rapport du Conseil de famille ;
7° Propositions diverses.

Le secrétaire général donne lecture :

1° D'une lettre de M. R..., remerciant de la bourse qui lui a été accordée ;

2° D'une lettre annonçant la mort de M. Davenport fils. — Des condoléances sont exprimées à la famille.

Il propose de lire les décisions du Conseil du 27 octobre 1907, au lieu

du procès-verbal, la ratification des premières devant entraîner l'adoption du second. — *Adopté.*

Il donne lecture en conséquence de ces décisions, qui sont successivement mises aux voix et approuvées.

Il lit ensuite le rapport qu'il présentera le lendemain à l'assemblée générale.

M. Vichot fait observer qu'à une assemblée extraordinaire il y a eu une modification au règlement : la suppression du deuxième tour de scrutin dans le vote par correspondance, modification dont le rapport ne parle pas.

Le président répond qu'il n'a pas à en parler puisque la modification a été introduite par une assemblée générale qui était souveraine, celle du 26 octobre.

M. Richer rappelle que les statuts modifiés doivent figurer dans une brochure à part et demande pourquoi cette brochure n'est pas encore imprimée.

Le président répond qu'on s'occupe actuellement de l'*Annuaire* de 1908, que cette brochure viendra ensuite.

M. d'Argent propose de compléter, dans le rapport, la phrase relative au vote par correspondance, qu'il trouve insuffisante, par une autre phrase dont il donne lecture et qui est approuvée.

Le rapport du secrétaire général est mis aux voix et approuvé, sous réserve du passage relatif aux propositions du Conseil de famille concernant M. B.

Le trésorier donne lecture du rapport qu'il présentera le lendemain à l'assemblée générale.

M. Delair demande si le prêt de 3.000 francs est rentré dans la Caisse de l'Association et si les intérêts ont été payés.

M. Vichot fait observer que cette somme appartient à l'Association.

M. d'Argent dit qu'il y a un titre qui la remplace : une assurance sur la vie.

M. Delair ajoute que le prêt, consenti par l'Ecole, est passé à l'Association.

Le secrétaire général répond que l'Ecole et l'Association sont solidaires.

Le président dit que la question va revenir devant le Conseil dans quelques instants.

M. Hugot fait remarquer que l'Association a prêté à un membre sur une garantie qui n'existe que s'il meurt. L'Ecole a les garanties voulues, et l'Association n'en a aucune ; la première touche les intérêts, mais non la seconde. Il faut sauvegarder les droits des membres de l'Association.

Le secrétaire général dit qu'on s'efforce actuellement d'accorder aux membres de province les mêmes droits qu'à ceux de Paris.

Le rapport du trésorier est mis aux voix et approuvé.

Le président remercie ce dernier de son excellent rapport et donne lecture d'une lettre de M. L..., demandant un délai d'un an pour le remboursement d'un prêt de 3.000 francs qui lui a été consenti, en offrant le payement des intérêts à 4 0/0 d'avance et, comme garantie, une assurance sur la vie.

M. Vichot demande que Mme L... donne sa signature.

MM. Thuillier et Roy présentent des observations.

M. Delair fait ressortir la nécessité de prendre des précautions, l'Association n'ayant pas de garanties.

M. d'Argent propose de charger le Bureau de régler cette affaire sous sa responsabilité, en prolongeant la durée du prêt aux conditions fixées par le chef du contentieux.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Hugot demande que le prochain bilan mentionne ce prêt de 3.000 francs.

Le président demande, au nom du Bureau, un crédit spécial de 200 francs pour la comptabilité du trésorier.

M. d'Argent fait observer qu'un crédit de pareille somme figure déjà au budget et propose de renvoyer la question au Bureau.

Le trésorier répond qu'il y a un supplément de travail.

La proposition de M. d'Argent est mise aux voix et adoptée.

M. Blatter donne lecture de son rapport d'administrateur-gérant de *L'Odontologie*.

MM. Duplan et Richer présentent des observations.

Le président adresse, au nom du Conseil, de chaleureux remerciements à M. Blatter qui, pour ses comptes, s'est conformé strictement aux décisions de l'Association.

M. Lalement, secrétaire adjoint, donne lecture du rapport du Conseil de famille, constitué conformément à la décision de l'assemblée générale du 26 octobre, concluant à la radiation de M. B. pour indignité, et à la nomination de M. Choquet père comme membre honoraire.

Le président donne lecture de l'article 17 des statuts, relatif aux radiations.

M. L. Lemerle demande qu'il soit donné lecture du rapport spécial qui a été rédigé sur l'affaire R.-B.

M. Lalement fait cette lecture et ajoute que M. B. a écrit au dernier moment pour que son avoué soit entendu ; mais celui-ci n'a fourni que le jugement, qui a confirmé ce que la Commission d'enquête savait.

M. Delair rappelle que, lors du dépôt de la plainte par M. R., M. B. fut entendu et fit des déclarations en produisant des livres qui confirmèrent le bien-fondé de la plainte. Il fut décidé en principe de le radier, mais de surseoir pour la décision jusqu'après le jugement.

Il est procédé au vote au scrutin secret sur la proposition de radiation de M. B., qui est adoptée à l'unanimité.

Le rapport de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* est mis aux voix et adopté.

Le président rappelle que les délégués des syndicats médicaux appelés à prendre part à l'élection d'un représentant au Conseil supérieur de la mutualité doivent être nommés en assemblée générale. Lors de l'invitation préfectorale à procéder à cette nomination, adressée le 4 septembre, il n'était pas possible de songer à convoquer dans les dix jours — comme cela était exigé — une assemblée générale dans ce but.

La nomination fut donc faite en séance du Bureau et validée par le ministère de l'Intérieur.

Une demande vient d'être adressée à ce ministère pour obtenir que les syndicats médicaux et dentaires aient le droit, comme tous les autres syndicats, de désigner les délégués en Bureau ou en Conseil de direction.

La nomination de M. Choquet père comme membre honoraire est mise aux voix et prononcée.

Le secrétaire général demande le renvoi au Bureau d'une proposition de M. Eudlitz tendant à conférer l'honorariat à tous les membres âgés de 65 ans. — *Adopté.*

M. Delair demande depuis quand fonctionne le nouveau Conseil de famille.

Le président répond : Depuis le 26 octobre 1907.

M. Delair fait observer que précédemment beaucoup d'admissions étaient prononcées par le Conseil de l'Ecole et n'étaient pas ratifiées par celui de l'Association ou ne l'étaient que tardivement.

M. Godon répond que le règlement qui régit le nouveau Conseil de famille est du 26 octobre et que le règlement antérieur n'existe plus.

Précédemment le Conseil de l'Ecole statuant tous les mois et celui de l'Association seulement quand il se réunissait, il en résultait des retards considérables pour les admissions.

M. Hugot estime que l'Association doit être représentée dans le Conseil de famille par des membres qui ne fassent pas partie du Conseil de direction de l'Ecole.

M. Roy dit qu'il dépend du nouveau Conseil de direction de l'Association de faire les choix qu'il jugera à propos. Il ajoute que le règlement dit six membres, c'est-à-dire six personnes, et non pas six voix, de sorte qu'un membre appartenant aux deux Conseils de direction ne peut avoir deux voix au Conseil de famille.

Le président ajoute qu'on s'est conformé à la décision du 26 octobre.

M. Lalement propose, au nom du Conseil de famille, l'admission de MM. Creuzet, Housset, Nahum, Bernard, Baudelot, Frelezeau, Dr Ayres de Carvalho (Junior).

M. Richer demande que les formules de demandes d'admission remplies par les candidats soient jointes au dossier du Conseil de famille et portent les noms des parrains.

M. Hugot désire savoir où en est la demande d'admission Cramer, présentée le 15 novembre 1907.

M. Lalement répond qu'elle a été renvoyée pour enquête.

Les admissions proposées par M. Lalement sont mises aux voix et prononcées.

M. Lalement donne lecture d'un rapport sur la Chambre syndicale, qui est mis aux voix et adopté.

Le président donne lecture du projet de fondation Miller et propose d'en renvoyer l'examen au Bureau. — *Adopté.*

Il annonce qu'il vient d'être avisé officiellement de la décision disciplinaire prise à l'égard de M. F., donne lecture de la lettre qu'il a reçue à cet égard du secrétaire général de la Société d'Odontologie et propose de renvoyer au Bureau le dossier de cette affaire. — *Adopté.*

Il donne lecture :

1° D'une note relative à la démarche faite auprès du ministre de l'Intérieur en faveur de la décoration sollicitée pour M. Delair ;

2° D'une lettre de M. Lannois tendant à ce qu'il soit pris des mesures pour assurer la sincérité du vote par correspondance.

M. Roy propose que l'enveloppe extérieure soit signée du membre votant.

M. Hugot propose la publication dans *L'Odontologie* du nom des votants : cela indiquera aux membres qui se seront abstenus s'il a été fait usage de leur nom.

M. Lemerle demande que cette publication soit faite sur une feuille volante.

La proposition de M. Roy et celle de M. Hugot, amendée par M. Lemerle, sont mises aux voix et adoptées.

M. Delair demande que le nouveau Conseil se réunisse après l'assemblée générale pour constituer son Bureau.

M. Richer rappelle que cela se faisait ainsi précédemment.

Le président répond que cela se fera si possible.

Le secrétaire général fait observer que, la radiation de M. B. étant prononcée, il y a lieu de la mentionner dans son rapport; il donne lecture du passage y relatif, qui est approuvé.

M. Hugot propose que le tableau des membres de l'Association soit mis à jour. — *Adopté.*

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

BUREAU DE L'ASSOCIATION
BUREAU DE L'ÉCOLE
BUREAU DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE
COMMISSION EXÉCUTIVE DU GROUPEMENT

Réunion plénière du 12 décembre 1907.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 6 heures.

Sont présents : MM. J. d'Argent, Bioux, Blatter, Dreyfus, Fouques, Francis Jean, Godon, Lalement, L. Lemerle, Touchard, G. Viau, G. Villain.

En vue d'étudier les mesures à prendre pour empêcher le retour d'incidents semblables à ceux qui ont troublé la séance du 3 décembre de la Société d'Odontologie, et pour discuter les suites à donner à ces incidents eux-mêmes une réunion plénière a été tenue le 12 décembre 1907 par les bureaux :

1° De la Commission exécutive du Conseil général du Groupement ;

2° de l'Association générale des Dentistes de France ; 3° de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ; 4° de la Société d'Odontologie.

M. Godon, comme président du Groupement et de la Société de l'Ecole, expose la situation créée par les incidents violents causés par M. F..., et les voies de fait dont celui-ci s'est rendu coupable, en séance, sur la personne de M. R.

A la suite de ces faits, il s'est produit dans le Groupement une émotion qui s'est traduite par les plaintes verbales ou écrites des uns, les menaces de démission des autres, le découragement de beaucoup, en présence de ces mœurs nouvelles, indignes d'une société organisée.

M. Francis Jean, comme président de l'Association générale des Dentistes de France, fait une déclaration analogue.

M. Godon donne lecture d'une lettre annonçant qu'une plainte collective va être adressée au Bureau de la Société d'Odontologie.

MM. Touchard, président de la Société d'Odontologie, et *Francis Jean*, président de l'Association générale des Dentistes de France, disent qu'ils ont reçu également une lettre annonçant la même plainte.

M. Touchard fait ressortir le trouble qui peut résulter d'un pareil scandale, dans le bon fonctionnement de la Société d'Odontologie.

Les membres de la réunion sont unanimes à penser que les incidents en question comportent une sanction, et une discussion s'engage, à laquelle tous les membres présents prennent part, en vue de déterminer quelles suites il convient de donner aux incidents visés. Ceux-ci ayant eu pour théâtre la Société d'Odontologie, et, d'autre part, une plainte collective étant adressée au Bureau de cette Société, la réunion plénière des bureaux décide de saisir de l'affaire le Bureau de la Société d'Odontologie et vote cet ordre du jour :

« Les différents bureaux du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris (Commission exécutive du Conseil général, Association générale des Dentistes de France, Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, Société d'Odontologie de Paris) réunis le 12 décembre 1907, à la suite des plaintes qu'ils ont reçues de nombreux membres du Groupement, au sujet des incidents scandaleux qui se sont passés à la séance du 3 décembre de la Société d'Odontologie ;

» Considérant que les deux Sociétés du Groupement ont nettement affirmé, dans leurs assemblées générales extraordinaires du mardi 26 octobre 1907, leur volonté d'empêcher tout trouble dans les séances, en adoptant des articles de règlement édictant des mesures disciplinaires contre les fauteurs de troubles ;

» Décident de renvoyer au Bureau de la Société d'Odontologie les plaintes reçues, en vue de prendre les mesures nécessaires, conformément aux statuts de la Société d'Odontologie. »

Une Commission d'enquête est nommée, composée du président de l'Association générale des Dentistes de France, M. Francis Jean ; du président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris,

M. Godon ; du président de la Société d'Odontologie, M. Touchard, et de deux membres du Bureau de cette dernière Société : MM. Audy, vice-président, et Dreyfus, secrétaire général.

La séance est levée à 7 h. 1/2.

Le secrétaire,
H. Dreyfus.

BUREAU DE L'ASSOCIATION
BUREAU DE L'ÉCOLE
BUREAU DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE
COMMISSION EXÉCUTIVE DU GROUPEMENT.

Réunion plénière du 23 janvier 1908.

Présidence de M. Godon, président.

Séance ouverte à 6 h. 1/2.

Présents : MM. Audy, J. d'Argent, Dreyfus, Francis Jean, Lalement, Lemaire, Lemerle, Touchard, G. Viau, G. Villain.

Excusé : M. Blatter.

Le président fait connaître que la réunion a pour but de prendre connaissance d'une lettre du secrétaire général de la Société d'Odontologie annonçant que M. F... a été radié par cette Société en vertu de l'article 15, et est par cela même radié de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, et d'examiner les conséquences qui en découlent au point de vue du Groupement.

Il propose que la réunion des trois Bureaux prenne acte de la décision de la Société d'Odontologie.

M. Touchard donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. Ronnet au sujet de l'interprétation de l'article 15 du Règlement de la Société d'Odontologie.

Une discussion s'engage. Plusieurs membres y prennent part.

Il résulte de la discussion que l'interprétation donnée à l'article 15 par le Bureau de la Société d'Odontologie est pleinement confirmée par l'adoption par deux assemblées générales récentes (celles du 26 octobre 1907 de l'A. G. D. F. et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris) des articles 31 *bis* et 40 *bis* sur les sanctions que comportent les violences et les voies de fait en séance.

Le président rappelle les articles des statuts de l'Ecole, du Règlement intérieur de l'Ecole, du règlement de la Société d'Odontologie et des statuts de l'Association relatifs à la radiation.

Il dépose le projet de résolution suivant :

« Les Bureaux des Sociétés composant le Groupement professionnel » de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de » l'Association générale des Dentistes de France, réunis le 23 janvier » 1908, après avoir pris connaissance du rapport de M. Dreyfus, rap- » porteur de la Commission d'enquête, sur l'enquête faite sur l'initiative

» des Bureaux du Groupement, à la suite des faits de violence dont s'est » rendu coupable M. F... à la séance du 3 décembre 1907 de la So- » ciété d'Odontologie, rapport concluant à la radiation de M. F..., pro- » noncée dans la séance du 7 janvier, prennent acte de cette déci- » sion excluant M. F... et de toutes ses conséquences réglementaires, » notamment de son exclusion de toutes les branches du Groupement » conformément à l'article 31 *bis* du Règlement intérieur de la Société » de l'Ecole et à l'article 40 *bis* des statuts de l'Association votés par les » assemblées générales du 26 octobre 1907. »

Les Bureaux décident de patronner et d'ouvrir la souscription pour la fondation Miller d'un prix international.

Ils décident de consacrer dans *L'Odontologie*, quand besoin sera et au moins tous les trois mois, un Bulletin spécial aux affaires de l'Ecole et de l'Association, *Bulletin* qui ne sera envoyé qu'aux membres de la Société et sera encarté dans ce journal.

Ils approuvent l'impression de l'*Annuaire* de 1908 ne contenant que les procès-verbaux et les noms des membres, une deuxième brochure étant consacrée aux statuts et règlements.

Il est décidé de publier dans *L'Odontologie* un *Bulletin* qui contiendra un compte rendu résumé de la séance du 7 janvier de la Société d'Odontologie et le rapport de M. Dreyfus.

Le président fait connaître que MM. Bioux et Roy ont reçu, sur la proposition de l'Ecole, la rosette d'officier de l'Instruction publique et communique une lettre de M. Bioux remerciant des félicitations qui lui ont été adressées à cette occasion.

La séance est levée à 7 h. 1/2.

Le secrétaire,
G. Villain.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL GÉNÉRAL DU GROUPEMENT

Séance du 8 mars 1908.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2 du matin.

Sont présents : MM. Bioux, Blatter, Delair, Duplan (La Rochelle), Dreyfus, Fléty (Dijon), Fouques, Geoffroy, Lalement (Paris), P. Martinier, Richer (Vernon), Rigolet (Auxerre), Roy, Touchard, Touvet-Fanton, G. Viau, G. Villain.

Excusés : MM. Francis Jean, Vichot (Angers).

Ordre du jour :

1° Procès-verbal ;

2° Décisions de la Commission exécutive ;

3° Correspondance ;

4° Nomination de la Commission exécutive pour 1908 ;

5° Rapport du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie* ;

6° Nomination du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie* ;

7° Souscription Miller pour la fondation d'un prix international ;

8° Questions relatives à l'orientation professionnelle et aux réformes des études et dex examens ;

9° Modifications à apporter aux divers règlements intérieurs du Groupement pour compléter l'union intime ;

10° Propositions diverses.

Le président. — Le procès-verbal du Conseil du Groupement du 24 février 1907 a été publié dans l'*Annuaire* de 1907, p. 16. Quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

M. Rigolet désire savoir comment se fait la consultation des registres de comptabilité.

Le président répond que c'est en s'entendant par lettre avec le trésorier.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Le secrétaire général donne lecture :

1° Du procès-verbal de la réunion du 12 mars 1907 du Conseil de direction de l'École, du Bureau de l'Association, de la Commission exécutive du Groupement et du Bureau de la F. D. N., qui est adopté ;

2° Du procès-verbal de la séance du 12 avril 1907 de la Commission exécutive du Groupement, qui est adopté ;

3° Du procès-verbal de la séance du 21 avril 1907 du Conseil général du Groupement, qui est adopté ;

4° Du procès-verbal de la séance du 12 décembre 1907 du Bureau de l'Association, du Bureau de l'École, du Bureau de la Société d'Odontologie et de la Commission exécutive.

M. Rigolet demande si les membres de province font ou non partie de la Société d'Odontologie.

M. Dreyfus répond qu'ils en font partie à titre de membres correspondants.

M. Rigolet trouve fâcheux qu'ils n'aient pas été convoqués à la séance où des mesures disciplinaires ont été prises contre un membre.

Le président ajoute que la Société d'Odontologie est l'annexe de l'École dentaire et que par suite, aux termes des statuts, les membres de province n'ont pas plus de droit de vote dans l'une que dans l'autre ; ils sont invités chaque fois qu'il y a une séance intéressante, mais ils n'ont pas le droit de vote.

D'ailleurs on a rétabli dans *L'Odontologie* le supplément (Bulletin) qui rend compte au jour le jour des événements importants.

M. Richer est surpris de la distinction que fait le président entre les membres de province et ceux de Paris.

Le président répond qu'elle a toujours existé et que les statuts en font foi et il donne lecture de l'article 3 du Règlement de la Société d'Odontologie, qui l'établit.

Le procès-verbal du 12 décembre 1907 est mis aux voix et adopté.

M. Blatter lit le procès-verbal de la séance du 23 janvier 1908 des Bureaux de l'Association, de l'École, de la Société d'Odontologie et de la Commission exécutive du Groupement, qui est adopté.

Il lit ensuite une lettre de M. Vichot (Angers), faisant connaître qu'il est retenu par une réunion des dentistes de la région Ouest pour protester contre la fondation d'une école dentaire à Nantes.

Le scrutin est ouvert pour la nomination de la Commission exécutive.

M. Blatter fait connaître le nombre des voix dont dispose chaque conseiller.

Pendant le dépouillement *M. Rigolet* demande que les membres du Comité de rédaction du journal ne disposent plus de leur voix puisqu'ils sont à l'expiration de leur mandat, car il n'est pas possible qu'ils se donnent quittance.

Le président répond que l'observation est renvoyée à la Commission de revision des statuts. Toutefois, cette observation s'applique à toutes les fonctions qui arrivent à expiration.

Il ajoute qu'une brochure rouge contenant les statuts et règlements des divers organes du Groupement a été tirée à cent exemplaires et envoyée aux membres du Conseil général. Cette brochure tient compte des modifications votées dans les dernières assemblées, mais il n'a pas été touché aux autres dispositions.

Or, un certain nombre de celles-ci sont contradictoires; il y a bien un rapport sur leur unification et leur harmonisation qui est entre ses mains, mais il n'est pas à l'ordre du jour : il ne peut donc pas en donner lecture, mais il invite les conseillers à envoyer dès à présent leurs observations à cet égard, en signalant aussi les erreurs qu'ils pourront remarquer.

Il communique le résultat du scrutin pour la nomination de la Commission exécutive.

Président..........	MM.	Godon............	21	voix,	élu.
		G. Viau..........	2	—	
Vice-présidents......	MM.	L. Lemerle......	23	—	élu.
		Roy.............	22	—	—
		Blatter..........	1	—	
Secrétaire général...	MM.	Blatter...........	17	—	élu.
		G. Villain........	1		
Trésorier...........	M.	Bioux............	23	—	élu.
Commissaires........	MM.	Francis Jean.....	23	—	élu.
		Touvet-Fanton...	23	—	—
		G. Viau..........	23	—	—
		Pont.............	23	—	—
		J. d'Argent.......	22	—	—
		Brodhurst........	22	—	—
		Cecconi..........	22	—	—
		Rigolet..........	1	—	

Bulletin blanc : 1. Bulletin nul : 1

M. Blatter fait connaître que le Comité de rédaction et d'administra-

tion de *L'Odontologie* s'est réuni le 28 février et propose les noms suivants :

Pour directeur MM. Godon, J. d'Argent, Francis Jean.

Pour rédacteur en chef........ MM. Roy, Choquet, L. Lemerle.

Pour secrétaire de la rédaction. MM. Dreyfus, G. Lemerle, G. Villain.

Pour administrateur-gérant..... MM. Blatter, Bioux, Delair.

Pour le Comité de rédaction.... MM. Choquet, d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, Touchard, Viau, G. Villain, Robin, Sauvez, Delair, G. Lemerle, Lemaire.

Il ajoute que M. G. Lemerle décline toute candidature.

Il est procédé à la nomination du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie.*

Pendant le dépouillement le *président* annonce que les Comités des divers pays de la F. D. I. s'unissent dans le but d'ouvrir une souscription pour la fondation d'un prix Miller international destiné à récompenser le meilleur travail sur l'art dentaire et que les Bureaux de l'Ecole, de l'Association et de la Société d'Odontologie proposent de souscrire 500 francs.

M. Rigolet dit que la Société d'Odontologie n'a pas de fonds propres.

Le président répond que c'est l'Ecole qui fournit les fonds de la Société d'Odontologie, d'après les statuts. Il ajoute qu'en Allemagne la souscription a déjà produit 13.500 marks.

M. Viau trouve insuffisants 500 francs. La fondation est utile pratiquement : c'est presque un capital placé, dont un Français peut être appelé à bénéficier.

Le président dit que dans la pensée du Comité international il faudrait réunir environ une centaine de mille francs, dont les intérêts seraient distribués en prix tous les ans ou tous les deux ans. Avant d'ouvrir la souscription individuelle les Bureaux ont pensé que le Groupement devrait figurer en tête de la liste.

M. Delair croyait que le produit de la souscription allait être distribué tout entier aux lauréats, mais puisque les intérêts seuls seront distribués, la souscription du Groupement doit être plus forte. Il propose donc 1.000 francs.

M. Viau craint que la somme de 500 francs ne soit un peu mesquine à côté du produit de la souscription aux Etats-Unis; il propose 1.000 francs.

M. Roy ne voudrait pas que le Groupement souscrivît une somme inférieure à celle des sociétés moins nombreuses et propose également 1.000 francs.

M. Rigolet demande sur quelle caisse seront prélevés les fonds.

Le président répond que pour l'Ecole et la Société d'Odontologie ce sera sur la caisse de l'Ecole et pour l'Association sur la caisse de l'Association. Il est très heureux que la première fois qu'il est question de fonder un prix international le Groupement s'y associe de cette façon.

Le crédit de 1.000 francs est voté à l'unanimité.

Le président ajoute que les conditions du prix seront discutées à Bruxelles.

Il propose de confirmer les délégués du Groupement à la F. D. I. et à la F. D. N. — *Adopté.*

M. Touchard renouvelle le vœu qu'il a formulé en 1907 que le journal soit ouvert à tous.

M. Roy répond qu'il est difficile d'accueillir des articles défendant des idées manifestement opposées à celles du Groupement.

Le président demande si cette année il a été refusé des articles à la connaissance de M. Touchard.

Celui-ci répond négativement.

Le président réplique que le Comité n'ayant pas refusé d'articles, la discussion manque de base et que l'incident est clos. Toutefois on tiendra compte dans la plus large mesure de l'observation de M. Touchard.

M. Blatter, administrateur-gérant, rend compte des bons résultats donnés par *L'Odontologie* en 1907, et dépose le projet de budget pour 1908, qui est adopté.

M. Roy, rédacteur en chef, dit qu'il s'est efforcé de maintenir le journal dans une bonne direction scientifique, d'apporter de la variété dans les articles, d'assurer la représentation de *L'Odontologie* dans tous les congrès nationaux, de publier le compte rendu des diverses sociétés. Les intérêts professionnels n'ont pas été négligés : le journal s'est occupé de la protestation à adresser au Congrès de Budapest, du service dentaire dans l'armée ; il a commencé dans des suppléments la publication des procès-verbaux de l'Ecole et de l'Association. Le Comité fera son possible pour augmenter encore les améliorations du journal et sollicite les observations.

Le président. — Nous abordons le numéro 8 de l'ordre du jour. Hier le Conseil de direction de l'Association a été saisi de la question de la réforme des études dentaires et de l'intervention des stomatologistes et a décidé de s'en tenir à la déclaration de principes pour ce dernier point. Il existe actuellement une commission ministérielle des études médicales, qui a produit deux rapports : l'un de M. Bouchard, l'autre de M. Teissier ; d'autre part il y a une pétition de M. Cruet que je vous communique, demandant le doctorat obligatoire pour tous les dentistes. Quelle position faut-il prendre à cet égard ? L'Association s'est prononcée pour le maintien de la déclaration de principes du Groupement ; mais il faut aussi, suivant moi, réunir une assemblée générale pour achever de voter les conclusions du rapport Roy-Villain, puis réunir les signatures de toutes les sociétés au bas du projet ainsi élaboré, après une réunion plénière comme celle que proposait M. Martinier hier soir au Conseil de direction de l'Association.

M. Touvet-Fanton déclare, en présence de la manifestation de M. Cruet, que son idée est diamétralement opposée à celle de M. Cruet ; que le dentiste soit docteur en médecine, s'il le veut, mais qu'il soit surtout un bon technicien.

Le président dit que M. Cruet a adressé à chacun des membres de la Commission ministérielle un factum avec sa carte ; le Groupement ne peut donc rester indifférent devant cette manifestation stomatologique.

M. Blatter propose de charger le Bureau de répondre à M. Cruet en envoyant par le même moyen une communication aux membres de la dite Commission.

M. Viau estime nécessaire de répondre.

M. Roy se propose, de son côté, de rédiger une lettre signée par un certain nombre de docteurs en médecine non stomatologistes.

Le président s'est préoccupé de répondre à la lettre de M. Cruet en la réfutant paragraphe par paragraphe et présente le projet qu'il avait l'intention de publier dans *L'Odontologie.*

M. Roy propose de répondre par la voie directe et par la voie spéciale qu'il a indiquée.

M. Martinier. — Nous avons été unanimes hier soir et le Bureau est bien qualifié pour répondre. Mais ce qui m'inquiète, c'est la pensée que M. Cruet a fait naître dans l'esprit de quelques-uns de nos confrères. Je voudrais donc qu'on maintînt la déclaration de principes, qu'on fît aboutir le projet de réformes déjà voté en partie en assemblée générale et qu'on l'adressât aux pouvoirs publics. Plus tard, quand le Groupement aura voté ce projet, il pourrait provoquer un meeting de tous les dentistes de France pour leur présenter nos idées et les leur faire accepter et envoyer le projet à toutes les Sociétés.

Il n'est pas à craindre que nos idées, à nous autres anciens, changent, mais le doute peut être jeté dans l'esprit des jeunes.

M. Roy rappelle que la proposition de M. Martinier a déjà été accueillie par la Commission de réformes.

Le président. — En résumé vous demandez :

1° La confirmation de la déclaration de principes ;

2° La mission donnée au Bureau d'adresser un vœu et de faire des démarches auprès des pouvoirs publics ;

3° La tenue d'une assemblée générale pour achever le vote du projet ;

4° La tenue d'un meeting de tous les dentistes, de toutes les sociétés et l'envoi du projet à toutes les sociétés.

Je mets aux voix ces diverses propositions.

Ces quatre propositions, successivement mises aux voix, sont adoptées.

Le président communique le résultat du scrutin pour la nomination du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie.*

Suffrages exprimés : 25. Bulletins blancs : 2. Votants : 27.

Directeur	MM.	Godon	21	voix, élu
		d'Argent	2	—
		Francis Jean	1	—
Rédacteur en chef	MM.	Roy	20	voix, élu
		Choquet	3	—
		d'Argent	1	—
Secrétaire de la rédaction.	M.	Dreyfus	24	voix, élu
Administrateur-gérant	MM.	Blatter	19	voix, élu
		Bioux	5	—
		Delair	1	—
Comité de rédaction	MM.	Touchard	25	voix, élu
		d'Argent	24	— —
		Francis Jean	24	— —
		Frey	23	— —
		L. Lemerle	22	— —
		G. Viau	22	— —
		Choquet	20	— —

Comité de rédaction......	MM. G. Villain..........	15 voix, élu
	Touvet-Fanton.....	6 —
	Delair.............	3 —
	G. Lemerle........	2 —
	Fouques...........	1 —
	Godon.............	1 —
	Richer.............	1 —
	Sauvez.............	1 —

Au sujet de la dernière question à l'ordre du jour le *président* répète que les divers statuts et règlements ont été réunis et imprimés dans une brochure spéciale (rouge), tirée à 100 exemplaires seulement et envoyée aux membres du Conseil général du Groupement. Ceux-ci sont priés de signaler avant le 31 mars au secrétaire général les erreurs, omissions ainsi que les articles contradictoires. La brochure sera tirée ensuite à 1.000 exemplaires et envoyée à tous les membres de l'Association. De son côté la Commission de revision des statuts va préparer la mise en harmonie des divers règlements à l'aide du rapport dont il a été parlé tout à l'heure, et soumettre ensuite aux Conseils respectifs le résultat de ses travaux.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le secrétaire général,
BLATTER.